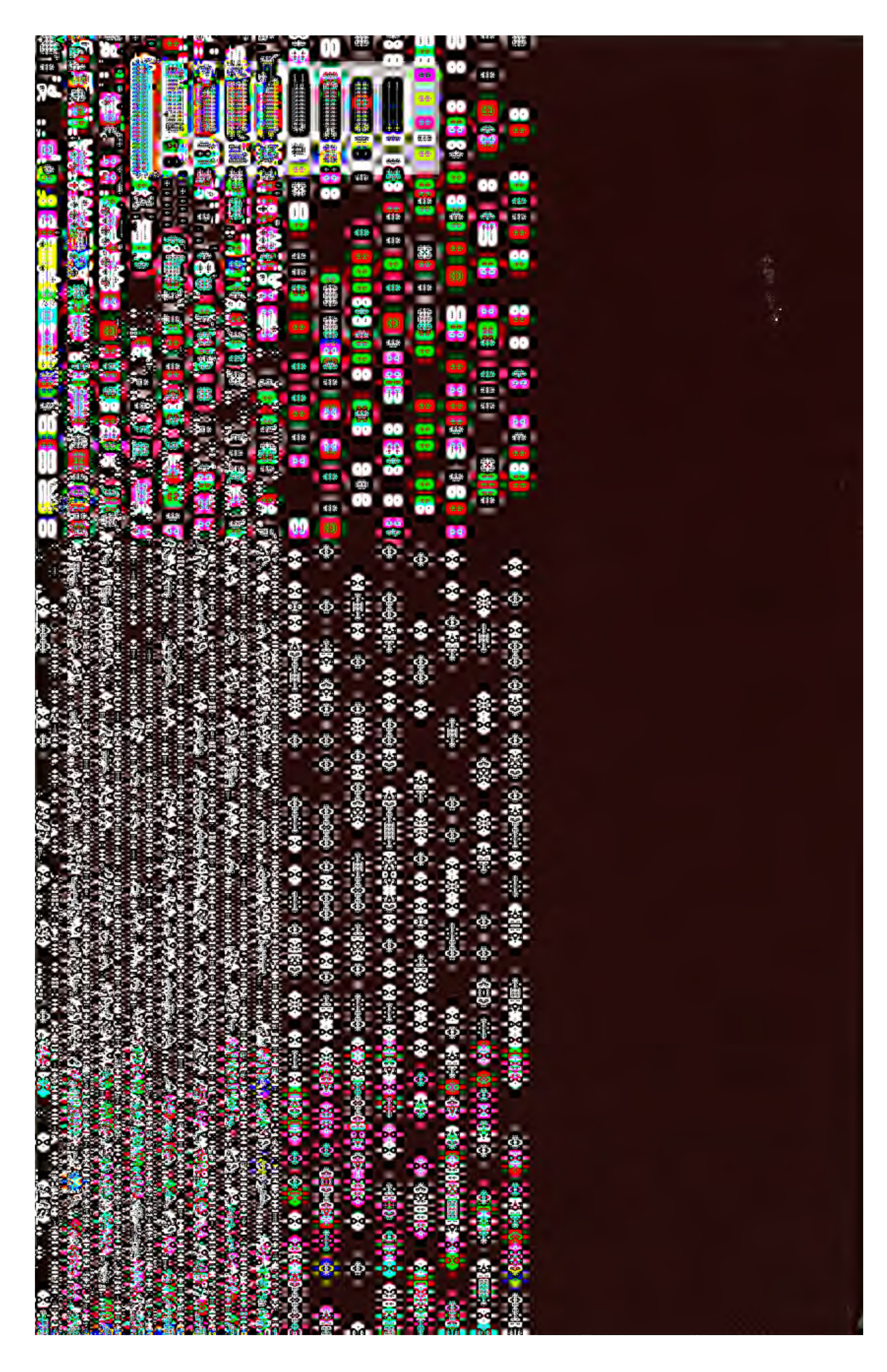
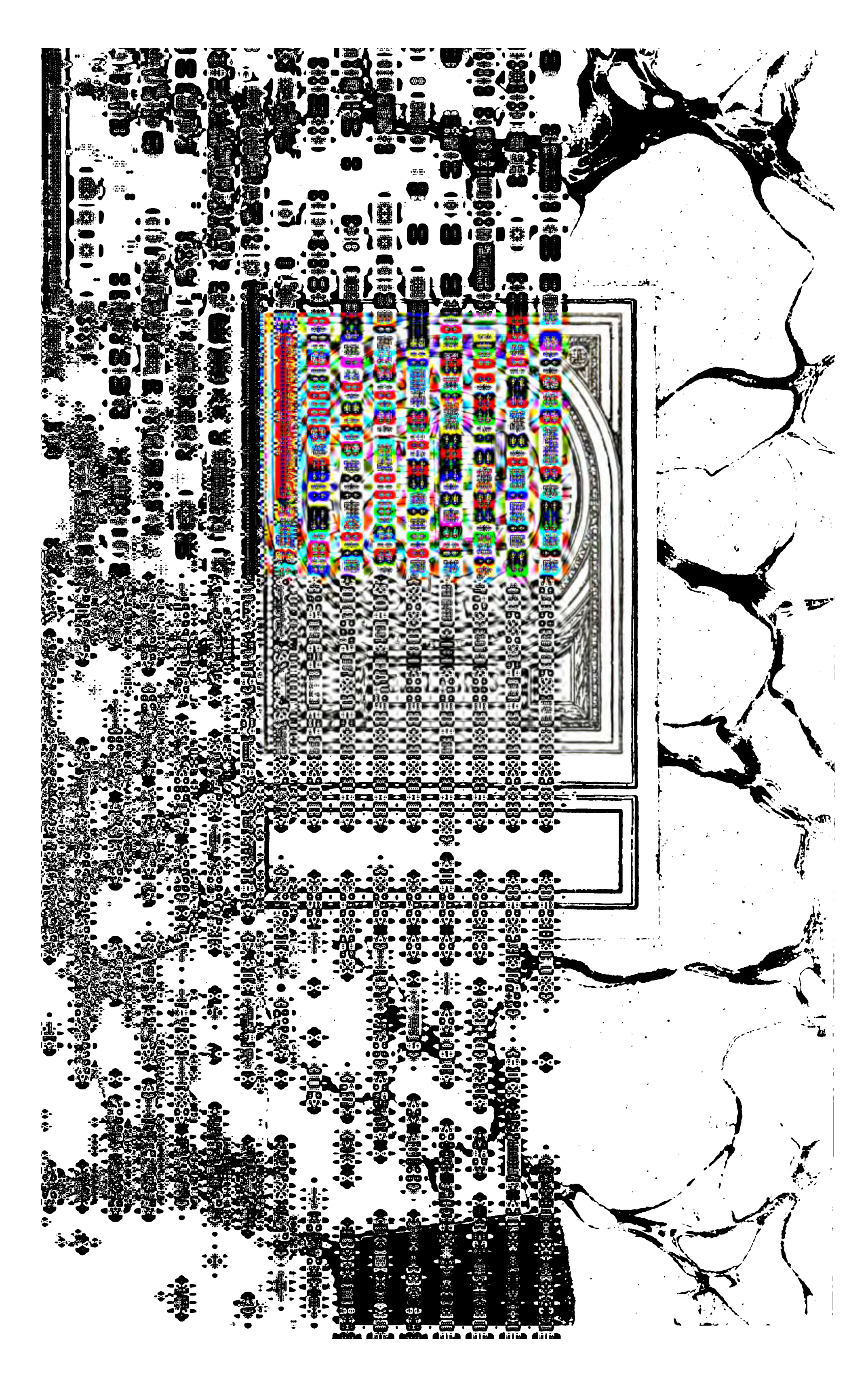
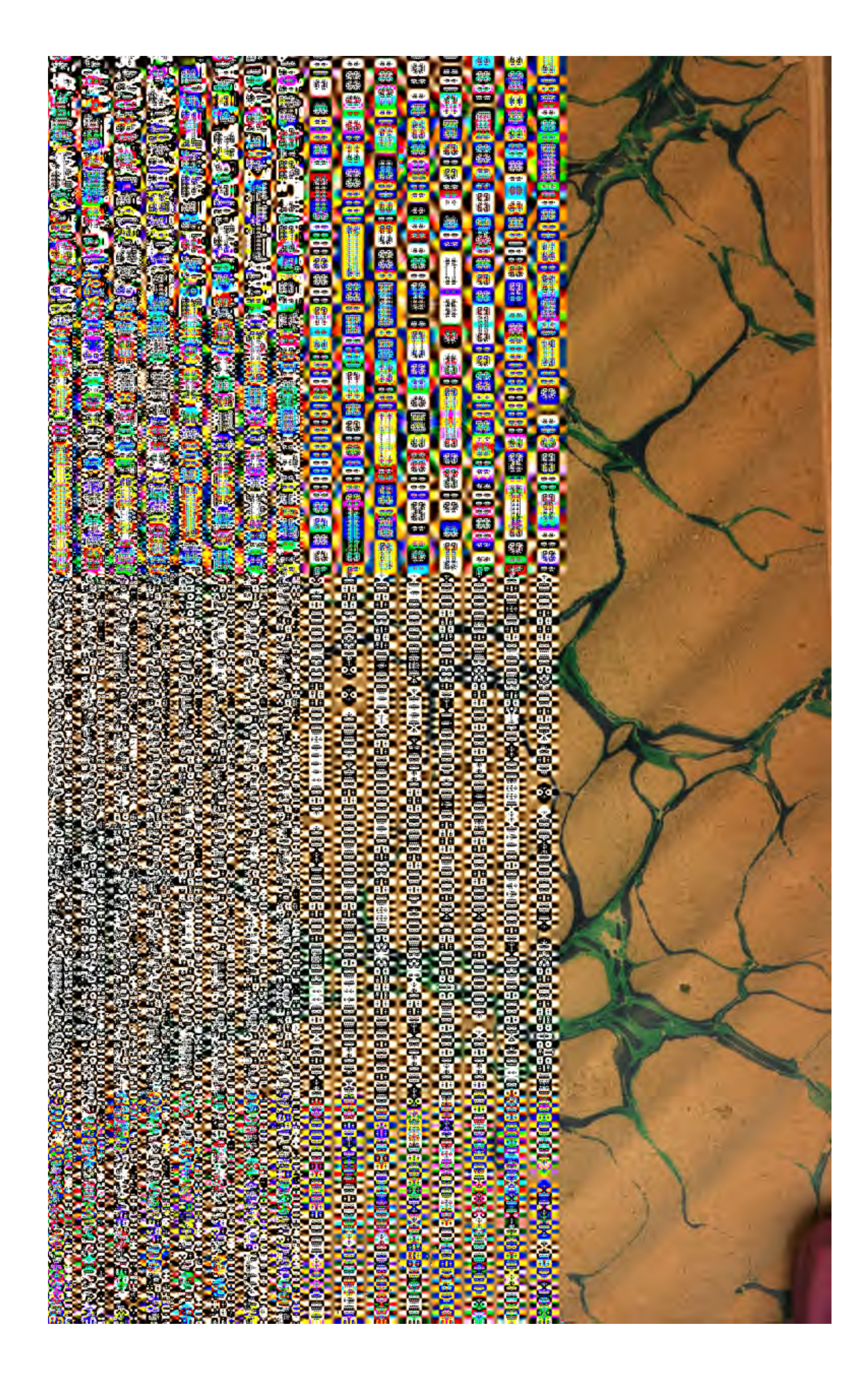






RECHERCHES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET

L'IDIOTIE

RECHERCHES

CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE

ET

L'IDIOTIE

COMPTE RENDU DU SERVICE DES ÉPILEPTIQUES
ET DES ENFANTS IDIOTS ET ARRIÉRÉS DE BICÊTRE
PENDANT L'ANNÉE 1883

PAR

BOURNEVILLE
MÉDECIN DE BICÊTRE

BONNAIRE, BOUTIER, LEFLAIVE
INTERNES DU SERVICE

P. BRICON ET SÉGLAS
DOCTEURS EN MÉDECINE

Volume IV avec 8 figures et deux planches.

PARIS

AUX BUREAUX DU
PROGRÈS MÉDICAL
14, rue des Carmes, 14.

A. DELAHAYE & E. LECROSNIER
ÉDITEURS
Place de l'École de Médecine

1884

PREMIÈRE PARTIE

Historique. — Statistique.

PREMIÈRE PARTIE

Histoire du service pendant l'année 1883.

I.

SITUATION DU SERVICE. — ATELIERS. — AMÉLIORATIONS DIVERSES.

Nous n'avons pas à revenir avec détails sur l'organisation générale du service ; sur l'encombrement déplorable des dortoirs et des classes ; sur la situation abominable du local qualifié *d'infirmerie des enfants* : tout ce qu'il y avait à dire à ce sujet a été dit dans les précédents *Comptes rendus* (1). Aussi allons-nous aborder, sans plus de préambule, l'exposé des faits principaux de l'année 1883.

Les enfants du service se divisent, nous le répétons, en trois catégories : 1° les *enfants idiots gâteux, épileptiques ou non, mais invalides et réputés incurables* ; — 2° les *enfants idiots gâteux ou non, épileptiques ou non, valides* ; — 3° les *enfants propres, valides, imbéciles, arriérés, épileptiques ou non.*

Les enfants du premier groupe sont jusqu'à présent confinés à l'infirmerie où on leur apprend : 1° à se tenir debout à l'aide de *barres parallèles* d'un genre particulier ; 2° à marcher soit à la main, soit à l'aide des chariots. Les enfants du deuxième groupe vont à la *petite école* et ceux du dernier groupe à la *grande école* ou école proprement dite.

Ecole. — Le *personnel* se compose d'un instituteur, M. Boutillier, qui se dévoue à sa tâche avec un zèle et un

(1) Deux fautes d'impression dans le *Compte rendu* de 1882 doivent être signalées : à la page VII, ligne 2, il faut lire 1880 et 1881, au lieu de 1881 et 1882.

dévouement dignes des plus grands éloges; de deux garçons de classe (infirmiers), de 4 administrés de Bicêtre qui reçoivent une allocation de 0 fr. 60 par jour(l'un d'eux enseigne la danse; un autre l'escrime); d'un professeur de chant, M. Pény et d'un maître de gymnastique, M. Goy. Dès que la section spéciale sera terminée nous modifierons ce personnel et notamment nous réclamerons un instituteur adjoint.

Le *matériel* s'est accru des objets et livres suivants: Méthode de lecture de Dupont, en quatre grandes cartes; 50 gravures d'histoire naturelle, pour l'enseignement élémentaire d'après Mme Pape Carpentier; huit bancs-tables à deux places faits par les enfants dans leur atelier de menuiserie; 180 volumes divers pour l'enseignement de l'histoire naturelle, de la géographie, des connaissances usuelles, etc. Enfin d'une boîte à 16 compartiments contenant les différents échantillons de blé, son, farine, gruau (1).

A notre arrivée dans le service, nous avons trouvé un *maître d'armes* et un *maître de danse*, tous deux administrés de Bicêtre et donnant un enseignement très médiocre. Nous les avons conservés, bien que nous considérions cette partie de l'enseignement comme d'une utilité secondaire. Afin de soulager un peu le maître de danse, qui chantait pour guider ses élèves, nous lui avons adjoint un violoniste pris parmi les aveugles administrés.

Petite école. — *Le personnel* comprenait au commencement de l'année: deux sous-surveillantes, Mlles B. et J. AGNUS, une suppléante Mlle Bohain, une infirmière Mme O. Germain et un infirmier. Dans le cours de l'année, la population des enfants ayant été augmentée par l'installation de 23 lits dans une partie des ateliers, l'administration nous a donné une seconde infirmière, Mlle Labbé.

---

(1) A propos d'un rapport à faire au Conseil municipal sur des travaux à exécuter à la Boulangerie centrale des hôpitaux (place Scipion), nous avons eu l'occasion de visiter avec soin cet établissement. Dans nos visites, le Directeur, M. Rouxel, nous fit voir une boîte divisée en nombreux compartiments dans lesquels étaient déposés tous les produits tirés du blé. C'est là que nous avons puisé l'idée de la boîte qui sert à l'enseignement des enfants de Bicêtre. Elle serait très utile dans toutes les écoles primaires.

Le *matériel scolaire* se complète progressivement. Nous avons fait imprimer des feuilles avec de *gros chiffres* et de *grosses lettres* et nous avons profité d'une visite faite aux enfants par M. V. Goupy, imprimeur du *Progrès médical* et membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, pour lui demander de nous faire fabriquer de *grosses lettres en bois*, afin que les enfants puissent les prendre et les poser sur les *lettres imprimées*.

Cette école a fonctionné avec la plus grande régularité et nous devons nos remerciements les plus vifs au personnel. Les médecins, les administrateurs, etc., qui sont venus visiter la section ont manifesté leur satisfaction en termes chaleureux. L'un d'eux, M. Puteaux, membre de la Commission de surveillance des asiles de la Seine, rendant compte à cette commission de ce qu'il avait vu, s'est exprimé ainsi qu'il suit :

« M. Puteaux se plait à constater que ce service est fort bien tenu par les surveillantes laïques, qui font preuve du plus grand dévouement à l'égard de ces malheureux enfants tous gâteux ou malpropres et dont la guérison ou même l'amélioration est plus que douteuse. M. Puteaux déclare qu'il ne pensait pas que des soins aussi dévoués pouvaient être obtenus de personnes autres que des religieuses ; il tient d'autant plus à signaler ce qu'il a vu, qu'il a voté récemment contre la laïcisation de l'asile Ste-Anne. » (1)

Un mois plus tard, le Président de la commission, l'honorable M. Barbier, procureur général près la cour de cassation, déclarait qu'il « confirmait, en ce qui concernait la bonne tenue du quartier des enfants de Bicêtre, les éloges adressés par M. Puteaux aux surveillantes laïques chargées des soins à donner à ces malheureux déshérités. » (2).

Lorsque nous avons organisé la petite école nous ne disposions que de la petite salle étroite, située au-dessus d'un vieux puits (3) et d'une salle-hangar servant de parloir aux familles des enfants. En août 1880, nous y avons ajouté le

---

(1) *Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés de la Seine* ; procès verbal de la séance du 6 novembre 1883, p. 187, 188.
(2) *Ibid.*, séance du 4 décembre, p. 200.
(3) Voir le *Compte rendu* de 1880, pages XII et XVI.

service de propreté (1). Enfin, le 25 août, le maitre de menuiserie qui occupait la portion du hangar comprise entre le service de propreté et la petite gymnastique, ayant pris possession de son atelier dans le bâtiment spécial consacré à l'enseignement professionnel, nous avons demandé que cette partie du hangar fût nettoyée, blanchie et donnée aux enfants de la petite école ; c'est ce qui a été fait le 7 octobre et c'est là qu'ont lieu maintenant les leçons de lecture, d'écriture, etc.

En 1882, six enfants gâteux sont devenus propres. En 1883, quatre enfants sont devenus propres et ont été mis en pantalon (2) ; six sont propres, mais ont dû être laissés en robe (3) ; enfin d'autres ne gâtent plus aussi souvent qu'autrefois.

Enseignement professionnel. — Dans le *Compte rendu* de 1882, nous avons dit que, vu l'urgence, il avait été décidé que l'on détacherait du projet général de reconstruction de la section des enfants la partie relative aux *ateliers* destinés à l'*enseignement professionnel.* Nous avons raconté comment, grâce à M. Ch. Floquet, alors préfet de la Seine, toutes les formalités administratives avaient été remplies avec une rapidité qualifiée de scandaleuse par un haut fonctionnaire de l'Assistance publique. La dépense était évaluée à 210,570 fr.

Deux puits de 20 mètres ont été creusés du 21 août au 8 septembre, afin de s'assurer de l'état du sol ou devaient s'élever les ateliers (4). Les travaux de terrassement ont commencé le 4 octobre 1882. Malheureusement des pluies presque continuelles ont ralenti et même fait suspendre les travaux durant la plus grande partie du mois de novembre. De plus, l'opération des premiers déblaiements ayant révélé une situation particulière du sol, l'Administration a fait arrêter les travaux. Cette situation, M. Gallois, architecte de Bicêtre, la décrivait ainsi :

---

(1) *Ibid.*, p. XXI.

(2) Broutt ., Duva., Gagnep..., Moquer..., Janss..., Hug (1882); — Monat..., Duma., Giro..., Cliq.. (1883).

(3) Hans.., Ren., Robin..., Deth.., Guai., Pijo...

(4) L'emplacement est celui qu'avait choisi l'auteur du projet de l'Administration, pour y construire un bâtiment de trois étages, mais alors on n'avait pas pensé à explorer le sol.

« La masse paraît disloquée et brisée ; elle porte les traces d'anciennes infiltrations accidentelles, enfin, la proximité d'un ancien trou de service, vers l'angle N. E., constitue un danger. » C'est pour cela que, dans les premiers jours de novembre, M. l'Architecte fit forer trois puits de recherches. Enfin, sur sa demande, le service des mines, qui avait été consulté déjà sur l'ensemble de l'emplacement de la future section (1), et avait reconnu la nécessité de faire des travaux de consolidation souterraine évalués à 1.500 fr., et de descendre jusqu'au sol des carrières les puits de recherches de l'angle N. E., — fut de nouveau appelé à donner son avis sur ce point spécial, par M. le directeur de l'Assistance publique « qui témoignait, en ce qui concerne le sous-sol, des inquiétudes très vives. » L'ingénieur en chef des mines, M. Roger, a répondu le 12 décembre 1882 que « l'examen approfondi, auquel s'est livré le service des carrières, a montré que les craintes qui se sont fait jour ne sont nullement fondées. » Voici d'ailleurs la copie du rapport adressé à M. Alphand sur cette affaire :

Par un rapport du 25 novembre 1882, M. l'architecte de l'hospice de Bicêtre exprime des craintes sur l'état du sol et propose des travaux exceptionnels de fondations.

Nous avons fait examiner soigneusement les anciennes carrières de cette région : elles ne présentent absolument aucun danger pour la stabilité des constructions commencées, et les légers travaux que nous aurons à y faire consisteront seulement à boucher les vides qui sont déjà solides par eux-mêmes.

Le tassement du sol, auquel le rapport fait allusion, loin d'être un danger est, au contraire, une garantie de sécurité, car ce tassement est fini dans toute sa hauteur, et aucun mouvement ne se produira plus.

Il n'existe aucune raison qui doive faire faire pour ces bâtiments des travaux spéciaux de fondation, tels que puits, arceaux, etc., au moins en raison de la présence des carrières. L'architecte et l'en-

---

(1) Voici un extrait du rapport de M. l'ingénieur en chef : « Etant données les connaissances acquises du sous-sol de la partie accessible et la forte épaisseur des terres de recouvrement, nous pensons que l'on peut, sans inconvénient, établir des constructions relativement de peu d'importance, sans qu'il soit nécessaire d'exécuter des travaux de consolidation en maçonnerie dont la dépense serait considérable. » (Rapport du 3 novembre 1882).

trepreneur n'ont pas à se préoccuper de leur présence et peuvent agir comme si le sol était entièrement vierge.

Paris, le 2 décembre 1882.

L'Ingénieur des Mines, Signé : RIGAUD.

Comme on le voit, des difficultés se présentaient à la suite les unes des autres et chaque fois c'étaient de nouvelles démarches à faire pour activer les solutions. Heureusement, nous avons rencontré dans M. Alphand le concours le plus bienveillant et il a fait procéder aux différentes recherches réclamées du service des mines avec la plus grande célérité.

L'architecte et l'entrepreneur, M. Pradeau, n'étant pas convaincus qu'il n'y eût pas lieu à prendre des précautions spéciales, l'architecte adressa, le 24 novembre, à M. le Directeur de l'administration, un rapport détaillé avec propositions en vue de donner plus de consistance aux fondations et de les asseoir en certains points sur des grillages en charpente.

Une commission spéciale se transporta sur place et approuva ces propositions. L'entrepreneur persistant à ne pas trouver suffisant le projet de fondations proposé, malgré l'avis de M. l'Ingénieur des mines, en date du 2 décembre, M. Rigaud voulut bien se rendre dans le sein de la commission d'architecture, le 19 décembre 1882, pour donner quelques explications techniques.

M. Pradeau avait eu connaissance de cet avis qui portait « que l'architecte et l'entrepreneur pouvaient agir comme « si le sol était vierge ».

L'entrepreneur, à qui les explications verbales de M. Rigaud avaient été transmises, écrivit le 21 décembre 1882 à l'architecte qu'il était disposé à exécuter les fondations à la condition :

1° Qu'il lui en serait donné ordre écrit et détaillé ;

2° Qu'une fois le travail fait, une commission spéciale en reconnaîtrait la bonne exécution et en ferait mention dans un procès verbal, *ad hoc*.

L'entrepreneur demandait encore à être déchargé des obligations de l'article 1792, ce à quoi n'a pas consenti l'Administration.

M. Pradeau ayant renoncé à cette prétention, l'ordre de

service lui a été délivré le 3 janvier 1883, et ultérieurement la commission spéciale a constaté par procès verbal que les fondations étaient conformes à l'ordre donné.

Enfin, les travaux furent repris le 8 janvier 1883. A partir de ce jour, ils ont été menés très activement par M. Gallois et à la fin du mois de septembre les ateliers étaient terminés. Nous allons en donner une rapide description.

Les *ateliers* sont installés dans un bâtiment ayant la forme d'un rectangle, faisant face au *gymnase* de la section, long de 25 mètres, large de 14 mètres, haut de 14 m. 15. A ses deux extrémités sont adossés des avant-corps renfermant les cabinets d'aisances. Ce bâtiment comprend un *sous-sol* (caves et magasins), un *rez-de-chaussée* et un *premier étage* pour les ateliers. Enfin, dans le comble à la Mansard sont installés des logements primitivement destinés aux chefs d'ateliers mais qu'on a jugé plus utile d'affecter au surveillant de la section, aux sous-surveillantes et au sous-surveillant (1).

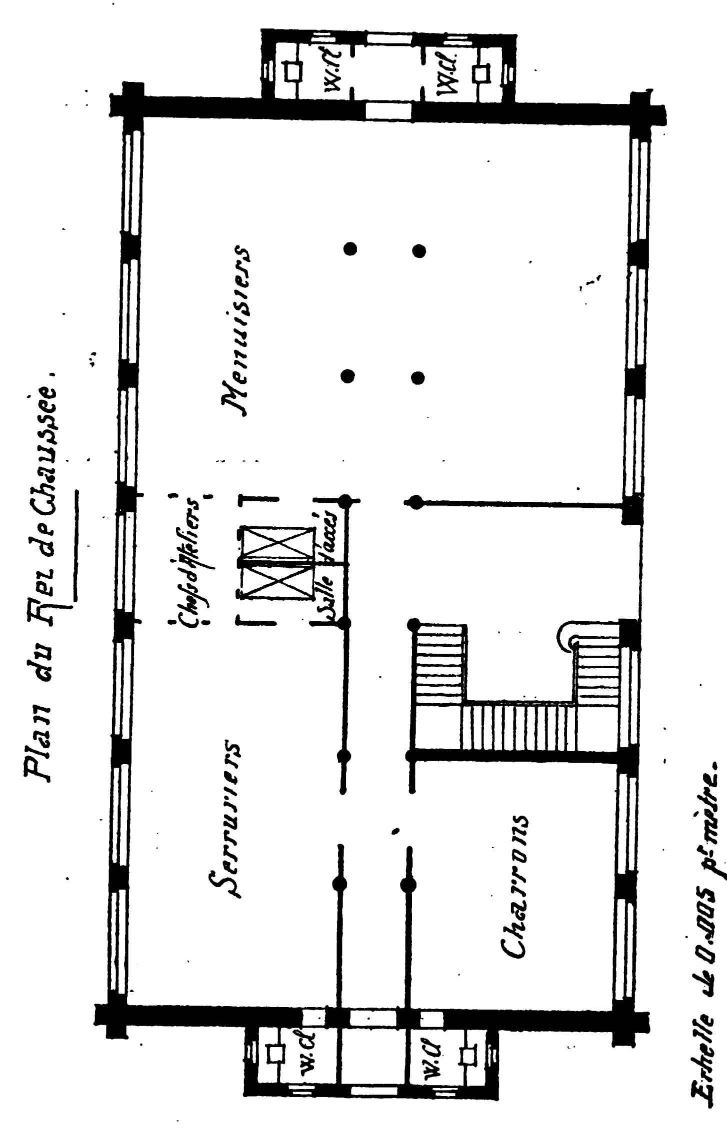
La construction se compose, sur chacune des façades principales de huit piles en briques de 9 mètres de haut et espacées de 2m.50. Elles sont reliées à la partie supérieure par un arc en briques reposant sur sommet en pierres et à demi-hauteur par des linteaux en fer supportant les allèges et les appuis des fenêtres.

Ce genre de construction, où la brique et le fer sont heureusement combinés a l'avantage de laisser arriver en profusion l'air et la lumière et, tout en se présentant sous un aspect agréable, d'être fait dans des conditions relativement économiques (*fig.* 1).

Rez-de-chaussée. — Au centre, du côté de la cour, se trouvent le vestibule et l'escalier ; — à droite, occupant toute la largeur du bâtiment, l'atelier de menuiserie ; — à gauche, séparés par un couloir, l'atelier destiné à la *charronnerie* ou à la *tonnellerie* et l'*atelier de serrurerie*. Ces différents ateliers sont séparés par des cloisons vitrées avec impostes qui facilitent la surveillance et l'aération. Entre l'atelier de

(1) Les chefs d'atelier, et avec raison, ne sont ni logés ni nourris par l'établissement.

Fig. 1.



Echelle de 0.005 p.r mètre.

Fig. 2.

menuiserie et celui de serrurerie, on a ménagé deux cabinets, avec matelas, pour recevoir les malades en accès ou pour les faire reposer après leurs accès. En arrière de ces cabinets *vitrés*, afin de rendre la surveillance facile, existent deux petits bureaux pour les chefs d'atelier (*fig.* 2).

Premier étage. — Il comprend à droite, sur la cour du gymnase, l'atelier du tailleur avec un cabinet d'accès et le bureau du chef d'atelier; — en arrière, l'atelier de cordonnerie ; — à gauche, deux autres ateliers, l'un pour la vannerie et le rempaillage des chaises, l'autre pour une destination qui n'est pas encore fixée (probablement pour une petite imprimerie). Entre l'atelier de cordonnerie et celui de la vannerie ont été disposés comme au rez-de-chaussée, des cabinets d'accès et des bureaux pour les maîtres. Enfin, à l'extrémité du couloir qui sépare l'atelier de vannerie de l'atelier d'imprimerie, on voit un cabinet d'accès et un bureau (*fig.* 3).

Nous avons demandé l'adjonction à chaque atelier d'un cabinet d'aisances, disposé à l'anglaise, parce que nous tenons à montrer qu'il est possible, même avec des enfants malades, d'avoir des cabinets d'aisance très bien tenus (1).

Ces ateliers ont été prévus pour une population de 400 enfants. La population étant, en 1883, de 180 enfants seulement, nous avons estimé qu'il était pratique de n'ouvrir les ateliers que successivement et nous avons choisi les professions qui nous permettraient de montrer vite et bien les avantages de ces ateliers, non seulement au point de vue du traitement et de l'instruction des enfants, mais aussi au point de vue financier. L'atelier de menuiserie, qui existait déjà et dont nous avons parlé plus haut, a été ouvert le 25 août avec 18 enfants; celui du tailleur avec 9 enfants ; celui du cordonnier avec 6 enfants le 8 octobre; enfin l'atelier de serrurerie n'est entré en activité, avec 4 enfants, que le 16 janvier 1884. Voici comment ont été répartis les enfants dans les divers ateliers en 1881, 1882 et 1883.

(1) Nous avons souvent insisté, dans nos Rapports au Conseil municipal, sur la nécessité et la possibilité d'avoir partout des sièges de ce genre dans les cabinets d'aisances des hôpitaux, des écoles, etc.

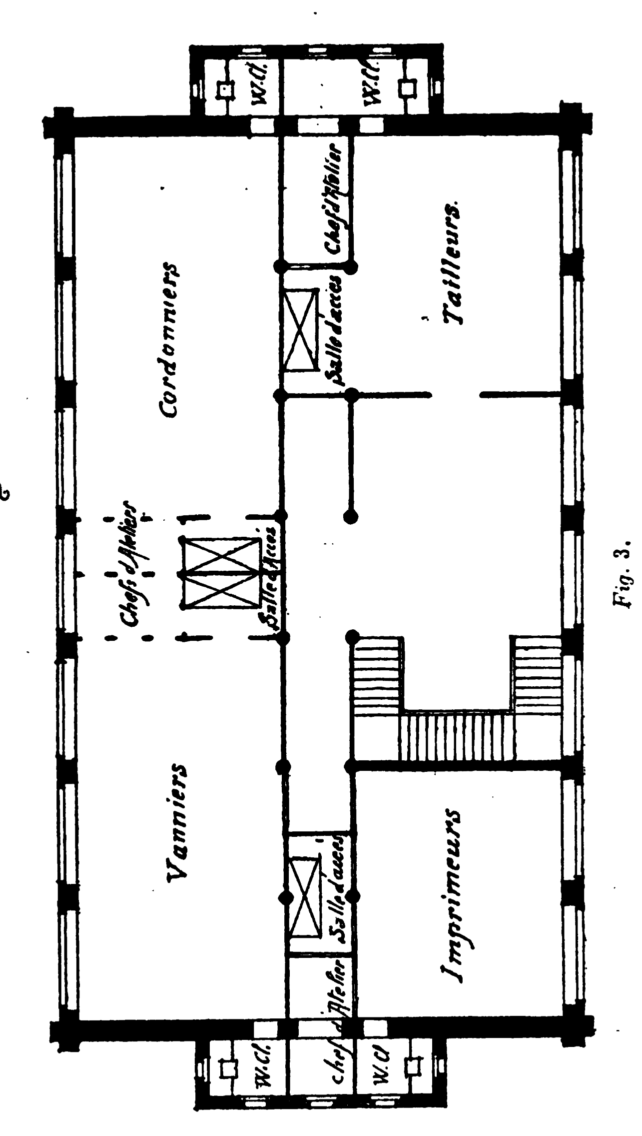
	1881	1882	1883
	—	—	—
Menuisiers	5	12	18
Serruriers	2	3	4
Tonneliers	2	4	3
Cordonniers . . .	6	4	10
Tailleurs	3	5	12
Rempailleurs . . .	1	1	1
Total . . .	19	29	48

Nous rappellerons encore une fois que,en 1882,et à partir seulement de la fin de septembre, les enfants n'avaient qu'un seul maître spécial, le menuisier, et que, pour les autres professions, ils étaient confiés aux chefs des ateliers de l'hospice qui chargeaient les vieillards de leur instruction. Il convient de dire encore que le même enfant n'était pas toujours confié au même vieillard, mais souvent à des vieillards différents ; d'où, on le conçoit, une instruction professionnelle tout à fait incohérente.

Grâce aux nouveaux ateliers, les enfants seront bien surveillés et recevront une instruction professionnelle sérieuse, méthodique : la situation du service sera ainsi considérablement améliorée. Ces avantages intellectuels et moraux compenseraient déjà, et d'une manière indiscutable, les sacrifices que nous avons obtenus du Conseil municipal et feraient tomber les tristes accusations qui ont été portées contre nous (1). Mais, nous croyons pouvoir rassurer nos adversaires, si soucieux des deniers publics, en leur disant que, dans un avenir très prochain, le travail des enfants sera productif.

Dans le but de mettre ce fait hors de toute contestation, nous faisons incrire au jour le jour, par chaque maître, le travail accompli dans l'atelier qu'il dirige. Tous les mois, les livres sont transmis à M. Tauxier, économe de Bicêtre, pour les ateliers des tailleurs et des cordonniers, à M. Bussy, inspecteur du service d'architecture, pour les ateliers de menuiserie et de serrurerie : tous deux évaluent les travaux, non d'après les prix du dehors, mais d'après les tarifs *inférieurs* du Magasin central des hôpitaux et des ateliers

(1) Notamment par le *XIX*e *Siècle*, 27 avril et 5 mai 1883.



Plan du Ier Etage.
Cordonniers
Tailleurs
Vanniers
Imprimeurs
Chefs d'Ateliers
Chef d'Atelier
Chef d'Atelier
Salle d'acces
Salle d'acces
Salle d'acces
W.C.
W.C.
W.C.
W.C.

Fig. 3.

des vieillards de l'hospice (1). Voici les évaluations pour l'année 1883:

	VALEUR DE LA MAIN D'ŒUVRE.		
	Appointements du maître.	Tarifs de la maison.	Tarifs du dehors.
Menuisiers . . . . (1er janvier — 31 déc. 1883).	2.229 50	3.997 80	» »
Cordonniers . . . . (8 octob. — 31 déc. 1883).	552 50	51 »	152 25
Tailleurs. . . . . (8 octob. — 31 déc. 1883).	552 50	330 »	» »

L'atelier de menuiserie a fonctionné très régulièrement durant toute l'année, sa mise en train, si l'on veut bien nous passer cette comparaison, ayant eu lieu du mois de septembre au mois de décembre 1882. Or, pour les ateliers des tailleurs et des cordonniers, la période d'octobre à décembre 1883 répond précisément à cette mise en train et, en 1884, ils nous donneront une production de plus en plus considérable, le nombre des apprentis et leur habileté augmentant peu à peu (2).

Comme le lecteur vient de le voir, nous n'avons installé en 1883 que trois ateliers. Nous laissions ainsi sans usage des locaux importants, assez coûteux. Nous avons cherché à les utiliser. Voici comment : En présence de l'encombrement qui existait dans nos dortoirs d'enfants, en raison de l'encombrement, par les enfants, du Bureau d'admission de l'Asile clinique (Ste-Anne), nous avons insisté auprès de l'Administration pour que l'on installât provisoirement 23 lits dans les ateliers vacants du premier étage : ceux des vanniers et des imprimeurs. Pour la première fois depuis le début de la réorganisation du service, nous n'avons pas rencontré de difficultés, et le 24 septembre ces ateliers

(1) Les vieillards travaillent ou à la journée, payée de 0 fr. 60 cent. à 1 fr., ou à la tâche, et alors à un prix inférieur.

(2) Voici, à l'appui, les résultats du 1er trimestre de 1884 : menuisiers, 1270 fr., tailleurs, 705,65 ; cordonniers, 373,50 ; serruriers, 719 fr. Total : 3068,15. Nombre des apprentis au 31 mars, 52.

recevaient 23 enfants choisis parmi les plus tranquilles. Nous terminerons l'historique de ce nouveau bâtiment en disant que, le 6 novembre, le personnel secondaire du service apris possession des logements du comble à la Mansard. Ces logements, disposés de chaque côté d'un couloir longitudinal central, sont convenables ; ils auraient pu être très bien si l'architecte avait diminué un peu la largeur exagérée du couloir et utilisé un emplacement perdu à côté de l'escalier. Jusqu'ici les sous-employés de tout grade ont été si mal logés — et si mal considérés — que, lorsqu'on leur donne des logements moins insalubres, moins exigus que ceux qu'ils avaient la veille, les architectes et l'Administration sont satisfaits. A notre avis, cela n'est pas encore la perfection. Aujourd'hui, chaque fois que l'on construit, on doit prévoir des logements vastes, bien aérés, pour tous les sous-employés et des chambres pour toutes les infirmières, au lieu des dortoirs infects où l'Administration ose encore les loger, dans beaucoup d'hôpitaux, en violation de toutes les règles de l'hygiène (1).

Promenades et distractions. — *a) Adultes.* — Durant la belle saison, nous avons fait faire six promenades aux épileptiques adultes qui ne sont pas visités ou ne peuvent profiter des permissions de sortie. 27 à 39 malades ont bénéficié chaque fois de ces promenades, qui ont eu lieu à Montsouris, au bois de Vincennes, à Chevilly, etc. En outre, les malades *déments* ont été promenés aussi souvent que possible dans les cours de l'hospice ou aux environs. Toutes les semaines les malades assistent au concert dirigé par M. Pény, professeur de chant à l'Ecole des enfants, avec l'aide des aveugles musiciens et de l'orphéon composé de malades.

b) Enfants.—Les promenades se sont de plus en plus multipliées. Les enfants sont allés plusieurs fois au Jardin des plantes, 2 fois au Jardin d'acclimation (2), au Luxembourg,

(1) La visite de la commission administrative pour la réception du bâtiment a eu lieu le 15 novembre 1883.

(2) Nous remercions ici MM. Geoffroy Saint-Hilaire et Saint-Yves Ménard de la gracieuseté avec laquelle ils mettent chaque année, à notre disposition, des cartes pour les enfants de Bicêtre et de la Salpêtrière.

au Parc de Montsouris, au bois de Vincennes, au Conservatoire des arts et métiers, à la foire de la place de la Nation, au panorama de la Bastille, aux fêtes de Gentilly, Villejuif, Montrouge, etc., etc. Le nombre des élèves varie entre 80 et 90, dont 20 à 25 de la petite école.

Dans ces promenades, les enfants sont accompagnés d'une voiture que l'Administration a consenti à faire fabriquer spécialement pour eux. Lorsqu'un enfant est fatigué ou pris d'un accès, ce qui est d'ailleurs très rare, on le met dans la voiture. Les hémiplégiques peuvent, grâce à cette innovation, prendre part aux promenades même éloignées.

Parmi les distractions, nous citerons, en tête, le *concert annuel* organisé par les frères Lionnet, avec le concours bienveillant d'un certain nombre d'artistes, pour lesquels c'est une véritable fête de venir consacrer quelques heures à de pauvres deshérités (1). Puis, les soirées de *lanterne magique*, les distributions de jouets faites par l'Administration ou par le journal le *Gaulois*, dont nous devons mentionner spécialement la générosité, d'autant plus qu'elle se renouvelle chaque année ; les fêtes du mardi-gras, de la mi-carême (avec déguisements), etc.

c) *Enfants de la petite Ecole.* — Outre la participation d'un certain nombre d'entre eux aux grandes promenades, nous devons mentionner les promenades presque quotidiennes dans l'hospice, le jardin maraîcher, aux divers ateliers, aux environs de l'hospice, etc., promenades dans lesquelles leurs maîtresses les interrogent sur ce qu'ils voient. — Les plus avancés d'entre eux assistent au concert hebdomadaire de la grande école.

Visites, permissions de sortie, congés. — Les adultes ont reçu 2.112 *visites*, les enfants 3.831. Les *visiteurs* ont été au nombre de 8.905. — Voici la statistique des *permissions de sortie* et des *congés* :

---

(1) Au concert assistent non seulement les enfants mais encore les épileptiques adultes du service, et les aliénés des sections de MM. J. Falret et J. Voisin.

		ADULTES.	ENFANTS.
		—	—
Permissions de sortie :	1 jour.	22	21
— —	2 jours. . .	403	321
Congés.	3 jours. . .	»	»
—	4 jours. . .	»	»
—	5 jours. . .	2	12
—	6 jours. . .	»	»
—	8 jours. . .	2	56
—	10 jours. . .	»	»
—	15 jours. . .	3	21
—	1 mois. . .	»	»

Cette multiplicité des visites, des permissions de sortie, des congés, montre que le service est ouvert aussi largement que possible et que, au point de vue de la facilité des communications des malades avec le dehors, il se rapproche tout à fait d'un service d'hôpital et ne ressemble en rien à une « bastille ». Nous ajouterons que les malades ont la faculté d'envoyer *toutes* leurs lettres.

Améliorations diverses. — Nous avons déjà indiqué quelques-unes des améliorations secondaires réalisées dans le cours de l'année 1883; aussi ne nous reste-t-il que peu de chose à dire. Mlle J. Agnus a été nommée sous-surveillante de 2e classe, 1re section, soit une augmentation annuelle de 100 fr.; Mlle Bohain, infirmière de 1re classe, 2e section, a été nommée infirmière de 1re classe, 1re section, soit une augmentation annuelle de 40 fr.; (1) Mlle Germain (O.), infirmière de 2e classe, a été nommée infirmière de 1re classe, 3e section, soit une augmentation de 30 fr. — Afin d'isoler quelques enfants atteints de *syphilis*, nous avons demandé et obtenu, avec moins de lenteur que d'habitude, une infirmière supplémentaire. — En septembre, deux infirmières du service ont contracté, l'une (Mlle Roblin) une ophthalmie granuleuse, l'autre une ophthalmie simple, en soignant les enfants atteints de maladies des yeux.

Vaccinations et revaccinations. — Comme les années précédentes, il a été procédé à la vaccination et à la revaccination d'anciens malades et de tous les malades entrés dans l'année. Total : 66. Cette petite opération est faite par

(1) Mlle Bohain a contracté une *opthalmie granuleuse* et *la teigne* dans l'exercice de ses fonctions.

les élèves infirmières de l'école de Bicêtre, sous notre direction et celle de nos internes. Une telle pratique devrait exister dans tous les services hospitaliers.

Service dentaire. — Nous nous félicitons de plus en plus de l'heureuse idée que nous avons eue de confier à un spécialiste les soins à donner à la bouche des enfants idiots de Bicêtre et de la Salpêtrière. Notre ami, M. le Dr CRUET, continue à s'acquitter de ses fonctions avec un zèle des plus louables et il a rendu des services incontestables aux enfants des deux services.

Bains et hydrothérapie. — Aucune modification à signaler dans les installations. Nous avons continué à recourir largement aux bains et à l'hydrothérapie comme le montre le tableau ci-dessous :

	ADULTES.	ENFANTS.
	—	—
Bains simples	2.009	1.156
— salés.	»	3.610
— sulfureux	14	»
— de son ou d'amidon.	212	98
Douches	9.633	17.148

Soit au total, 7.129 bains et 26.781 douches.

Photographies et moulages. — Notre collection s'est enrichie en 1883 de 163 nouvelles *photographies*, soit de malades entrants, soit d'anciens malades ayant offert des modifications en bien ou en mal et de 34 moulages de la tête des malades décédés. Nous tenons à remercier ici MM. Hubert et Hurel du zèle et de l'habileté qu'ils apportent dans l'accomplissement de leur tâche.

Epidémie de rougeole. — Nous avons eu en 1883 une épidémie de rougeole qui a commencé le 26 avril par l'enfant Rob..., entré le 24. Le 6 mai deux autres enfants étaient pris ; le lendemain, nous avions 8 nouveaux cas ; le surlendemain, 3 cas ; enfin un dernier cas s'est montré le 17 mai ; soit, au total, 15 cas. Le tableau ci-dessous donne une idée générale de l'épidémie.

NOMS des MALADES.	AGES.	MALADIES.	CARACTÈRES de la ROUGEOLE.
Robi.	6 ans.	Idiotie symptomatique. Hémiplégie droite. Sclérose atrophique.	Eruption confluente.
Pamph. . . .	8 —	Imbécillité. Epilepsie idiopathique.	Prodromes accusés. Eruption confluente.
Jacque. . . .	11 —	Idiotie. Epilepsie.	Eruption moyenne.
Hanse.	9 —	Idiotie symptomatique. Mérycisme.	Eruption confluente.
Mathie. . . .	7 —	Idiotie symptomatique.	Eruption peu marquée
Genes.	9 —	Idiotie complète. Sclérose atrophique.	Eruption très confluent
Assassi. . . .	7 —	Idiotie complète.	Eruption discrète.
Abad.	11 —	Idiotie. Epilepsie.	Eruption peu confluent
Hornic. . . .	12 —	Imbécillité. Strabisme.	Eruption moyenne.
Fonta.	4 —	Idiotie complète.	Eruption très confluent
Paugnon. . .	3 —	Idiotie complète.	Eruption moyenne.
Brem.	6 —	Idiotie complète.	Eruption moyenne.
Nigo.	5 —	Idiotie complète. Hémiplégie gauche incomplète.	Eruption moyenne.
Estiva. . . .	7 —	Idiotie symptomatique.	Eruption très conflue
Weis., Henri.	17 —	Imbécillité. Epilepsie. Démence.	Eruption moyenne.

DÉBUT de L'ÉRUPTION.	COMPLICATIONS.	TERMINAISON.	OBSERVATIONS.
26 avril.	Bronchite généralisée. Syncope.	Mort.	
6 mai.	Diarrhée légère. Bronchite.	Guérison.	
6 —	Pas.	Guérison.	
7 —	Conjonctivite double.	Guérison.	
6 —	Bronchite légère.	Guérison.	
6 —	Pas.	Guérison.	Diarrhée. Tuberculose généralisée (ganglions, pancréas, intestin, etc.) Mort le 3 octobre.
7	Pas.	Guérison.	Mort le 30 avril 1884. Gliôme, rein unique, fièvre typhoïde, arrêt de développement des circonvolutions cérébrales.
6 —	Broncho-pneumonie. Décubitus chronique; accidents aigus.	Mort (16 mai).	Sclérose atrophique. Méningo-encéphalite.
7 —	Broncho-pneumonie.	Guérison.	
7 —	Bronchite. Eruption érythémateuse.	Guérison.	
8 —	Bronchite.	Guérison.	Mort le 15 novembre de tuberculose généralisée. Aspect chagriné des circonvolutions. Méningite chronique.
9 —	Pas.	Guérison.	
8 —	Bronchite.	Guérison.	
8 —	Tuberculisation pulmonaire aiguë.	Mort (14 mai).	
17 —	Etat méningitique.	Guérison.	Mort le 1er avril 1884. Etat de mal.

Cette épidémie, comme on vient de le voir, a frappé 15 enfants. L'enfant qui en a été le point de départ, entré, comme nous l'avons dit, le 24 avril, a présenté l'éruption de rougeole le 26 avril. La *période d'incubation* aurait donc été de neuf jours chez les cinq premiers enfants, dont l'éruption a paru le 6 mai, en admettant que le *période prodromique* soit de trois jours. — Les *complications* ont été légères. — 3 malades sont morts, 12 ont guéri.

II.

LA FUTURE SECTION.

Dans le *Compte rendu* de 1882 (p. x, xii et xiii), nous avons raconté comment le Conseil général de la Seine avait été amené à demander d'urgence la création d'une section spéciale pour les enfants idiots de Bicêtre; comment le projet élaboré par l'Administration avait dû être écarté et remplacé par un projet nouveau, conçu d'après un programme dressé par nous et adopté par MM. Imard, inspecteur, Gallois, architecte et Ventujol, directeur de Bicêtre. Nous avons dit aussi que la partie relative aux *ateliers* en avait été détachée, soumise au Conseil de surveillance, puis au Conseil municipal, et nous venons de voir de quelle façon cette partie du programme a été réalisée.

Lors de l'examen des plans et devis des ateliers par le Conseil de surveillance, un schéma du plan d'ensemble de la section avait été mis sous les yeux de l'Administration et du Conseil de surveillance. M. Gallois, au mois d'octobre 1882, fut chargé de préparer les plans et devis définitifs. En présence des retards qui se prolongeaient, nous avons écrit bien des fois à M. le Directeur pour lui demander de hâter l'élaboration du projet. Enfin, le 10 mars, MM. Imard, Gallois, Ventujol et Bussy, se réunirent dans notre cabinet et, après quelques modifications secondaires, nous fûmes d'avis d'accepter le plan tel qu'il venait d'être établi par M. Gallois.

Quelques semaines après, le Conseil de surveillance nomma, pour étudier le projet, une sous-commission, composée de MM. Ferry, Goupy, Nicaise, Voisin. Cette sous-commission se rendit à Bicêtre le 13 avril : inutile de

dire que le président de la sous-commission, M. Ferry, n'a pas songé à convoquer le chef de service, auteur du projet.

Nous aurons l'occasion de revenir l'an prochain — en exposant tous les détails de l'exécution — sur les difficultés qu'il a fallu vaincre pour faire arriver ce projet du Conseil de surveillance au Conseil municipal ; sur l'étrange rapport de M. Ferry, rédigé de manière à mettre le préfet dans l'embarras, en rendant presque impossible l'introduction du projet au Conseil municipal. Nous raconterons comment nous sommes parvenus à réduire à néant les dispositions perfides de M. Ferry et de l'Administration. Aujourd'hui, nous nous bornons à donner le sommaire de l'histoire de la nouvelle section.

Après des démarches réitérées, le projet fut enfin introduit au Conseil municipal le 30 mai et renvoyé à la 8ᵉ commission (Assistance publique) qui nous confia le rapport.

Sachant combien ce projet était miné sourdement ; sachant également qu'on essayait de faire croire qu'il s'agissait, non pas d'une réforme urgente et d'une utilité incontestable, mais d'une sorte de cadeau que nous voulions nous faire faire, nous avons insisté vivement pour que tous les membres de la Commission vinssent juger le projet sur place. Les visites eurent lieu le 6 et le 18 juin. De plus, deux autres de nos collègues du Conseil municipal, MM. Boué et Réty ; des membres de l'Administration, MM. Roux, sous-directeur des affaires départementales, M. Babut, chef de division et M. Leclère, chef de bureau (service des aliénés), M. Pelletier, ancien directeur des affaires départementales et membre de la Commission de surveillance des asiles, vinrent visiter la section (1ᵉʳ, 29 juin) et tous furent unanimes à reconnaître qu'il fallait remédier à une situation indigne d'une ville comme Paris et que l'Administration de l'assistance publique aurait dû, depuis longtemps, faire cesser (1).

(1) Depuis plus de 20 ans, les médecins, chargés successivement du service, MM. Delasiauve, A. Voisin et J. Falret, réclamaient sans succès la transformation du service. — M. Maxime du Camp en parle dans ces termes : « Le quartier des idiots à Bicêtre est une hideuse renfermerie isolée tant bien que mal dans d'anciens bâtiments trop étroits, etc. » (*Paris*, t. IV, p. 367 ; 4ᵉ édition).

Aussi, le 29 juin, quand vint en discussion notre rapport, nous étions pleinement rassurés. Tout avait été fait au grand jour; nous avions tenu à faire la conviction dans tous les esprits : nos conclusions furent adoptées sans discussion.

Il ne s'agissait plus que d'empêcher l'Administration, par ses lenteurs habituelles, de retarder les travaux. M. Oustry, à ce moment préfet de la Seine, et M. Vergniaud, secrétaire général, eurent l'obligeance de presser l'accomplissement des formalités nécessaires pour la mise en adjudication : elle eut lieu le 18 août, et le 27 septembre les terrassiers commençaient les tranchées pour les fondations du premier bâtiment, celui des réfectoires. — Dans le Compte rendu de 1884, nous reproduirons le projet imaginé par l'Administration, le singulier rapport de M. Ferry, notre rapport au Conseil municipal, et nous raconterons les différentes phases subies par la construction. Enfin, pour que chacun puisse mieux encore apprécier le projet que nous avons fait prévaloir, nous joindrons à tous ces documents les plans de la section.

III.

STATISTIQUE. — MOUVEMENT DE LA POPULATION.

Le 1er janvier 1883, la section contenait 297 malades, ainsi répartis : 119 *adultes épileptiques* (51 aliénés, 68 dits non aliénés) et 178 *enfants* (71 *idiots*, 78 *épileptiques* et 29 *épileptiques* ou *idiots* réputés non aliénés).

Des 178 enfants, 80 fréquentent la grande école (1), 80 la petite Ecole et les autres, idiots, gâteux, invalides ou déments épileptiques restent à l'infirmerie : quand le temps le permet, et seulement durant 6 mois, ces derniers sont descendus à bras dans la cour de la petite école ou dans la cour du gymnase.

Des 80 enfants de la petite école, 8 prennent part aux exercices de la grande gymnastique; — 72 suivent les leçons de la petite gymnastique ; — 33 mangent avec la

(1) 24 anciens élèves de l'école, passés dans les dortoirs des adultes comme ayant atteint l'âge de 18 ans, continuent à fréquenter l'école, mais seulement le matin ou le soir.

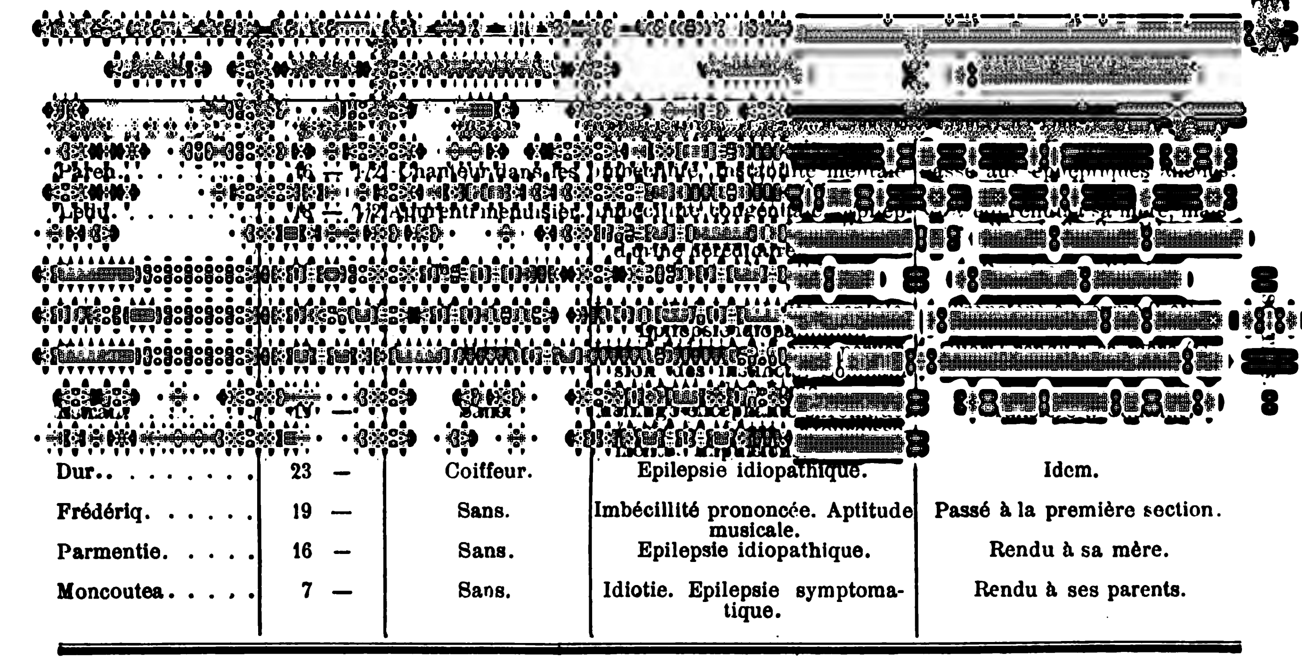
cuillère ; — 31 avec la cuillère et la fourchette; — les autres se servent de la cuillère, de la fourchette et du couteau. 43 sont propres et sont en pantalon ; toutefois une vingtaine d'entre eux urinent parfois ou régulièrement au lit ; 37 sont gâteux et portent la robe.

Le tableau ci-dessous résume le mouvement de la population en 1883.

MOIS.	ENTRÉES.		DÉCÈS.		SORTIES.		TRANSFERTS.	
	Adultes.	Enfants.	Adultes.	Enfants	Adultes	Enfants.	Adultes.	Enfants.
Janvier	»	»	1	3	»	»	»	»
Février	»	2	2	1	»	»	»	»
Mars	»	1	»	1	»	»	»	»
Avril	»	6	»	»	»	2		»
Mai	»	6	3	5	»	»	»	1
Juin	»	3	2	3	»	»	»	»
Juillet	»	3	»	»	»	1	2	»
Août	»	6	»	1	»	»	»	1 (1)
Septembre	1	14	1	»	»	»	»	»
Octobre	»	1	2	3	»	»	»	»
Novembre	»	4	1	1	»	1	»	»
Décembre	1	1	»	2	»	1	»	»
Totaux	2	47	12	20	»	5	2	2
	49		32		5		4	

Sorties. — Onze malades seulement sont sortis en 1883. Le tableau ci-après indique les causes des sorties et la nature de l'affection dont étaient atteints les malades.

(1) Passé à la première section.



[illegible]				
Dur.	23 —	Coiffeur.	Epilepsie idiopathique.	Idem.
Frédériq.	19 —	Sans.	Imbécillité prononcée. Aptitude musicale.	Passé à la première section.
Parmentie.	16 —	Sans.	Epilepsie idiopathique.	Rendu à sa mère.
Moncoutea.	7 —	Sans.	Idiotie. Epilepsie symptomatique.	Rendu à ses parents.

(1) Nous publierons son observation dans le Compte rendu de 1884.

Décès. — Les décès ont été au nombre de 34 : 20 enfants (au-dessous de 18 ans) et 14 adultes.

Nous nous bornerons à signaler seulement quelques cas : d'abord ceux de Totai... et de de Bus... Ces deux malades étaient épileptiques et *déments*. Chez le premier, nous n'avons trouvé aucune adhérence de la pie-mère ; chez le second, au contraire, il existait une véritable méningo-encéphalite. C'est là une différence anatomo-pathologique dont l'importance n'échappera à personne. Répond-elle, au point de vue clinique, à deux syndromes aussi tranchés ? Nous sommes obligé de reconnaître que, jusqu'ici, malgré nos efforts, nous ne sommes point parvenu à découvrir des symptômes permettant de poser un diagnostic.

L'autopsie de deux autres malades, Ric... et Dond.. nous a fait découvrir une lésion particulière que, faute de mieux, nous avons désignée sous le nom d'*aspect chagriné*. Il y aura lieu d'en noter exactement les caractères.

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS.	MALADIES.
Lanoi.	22 ans.	Enfant de troupe.	Epilepsie idiopathique.
Bull.	14 —	Sans.	Idiotie complète.
Bourguign. .	7 — 1/2	Sans.	Méningo-encéphalite. Idiotie épilepsie partielle consécutive
Dupui.	16 — 1/2	Sans.	Epilepsie symptomatique.
Moriz.	30 —	Musicien dans un régiment.	Epilepsie idiopathique. Hystér légère.
Benoi.	9 — 1/2	Sans.	Epilepsie symptomatique. Idiot symptomatique.
Totai.	53 —	Sans.	Epilepsie apoplectiforme.
Ricar.	16 — 1/2	Sans.	Idiotie. Epilepsie.
Grar.	29 —	Ecrivain dans un bureau.	Epilepsie jacksonnienne. Hém plégie gauche.
Dauberne. . .	17 —	Sans.	Tumeur du cerveau ?
Degrav. . . .	5 —	Sans.	Idiotie complète. Mérycisme
Tauvi.	24 —	Bijoutier.	Epilepsie idiopathique.
Estiva. . . .	6 —	Sans.	Idiotie symptomatique.
Abbad.	10 — 1/2	Sans.	Idiotie et épilepsie sympton tiques.
Vautrai. . . .	11 —	Sans.	Idiotie et épilepsie.
Mouge. . . .	51 —	Journalier.	Epilepsie idiopathique tardi
Mollie.	37 — 1/2	Tisserand.	Epilepsie idiopathique.
Robi.	6 —	Sans.	Idiotie complète.
Alépé. . . .	12 —	Sans.	Epilepsie idiopathique.
Maille.	29 — 1/2	Tailleur.	Epilepsie idiopathique.

(1) Observation publiée en partie dans la thèse de M. Bricon (p. 179).

DATE du DÉCÈS.	CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
i janvier.	Pneumonie caséeuse.	Agitation maniaque du 15 au 30 décembre. Piqueté hémorrhagique du corps calleux. Cerveau normal.
) —	Tuberculose pulmonaire. Péritonite purulente. Abcès du foie. Entérite ulcéreuse.	Dysentérie; abcès du foie. Arrêt de développement du cerveau (Voir p. 140.)
i —	Etat de mal épileptique. Broncho-pneumonie.	Voir l'observation complète à la page 103.
) —	Ostéite du frontal. Cachexie. Eschares.	Méningo-encéphalite chronique superficielle (Voir thèse Hublé, page 97).
" février.	Etat de mal. Délire aigu.	Asymétrie des circonvolutions.
l —	Athrepsie.	Atrophie scléreuse de l'hémisp. cérébral droit. Atrophie croisée de l'hémisph. cérébelleux gauche.
7 —	Pneumonie. Pyélite chronique.	Démence épileptique. Pas d'adhérences de la pie-mère.
0 mars.	Cachexie épileptique. Pneumonie terminale.	Arrêt de développement des circonvolutions. Etat chagriné des circonvolutions postérieures et des circonvolutions frontales à gauche. Asymétrie.
6 mai.	Etat de mal.	Atrophie de l'hémisphère cérébral droit; foyer ancien, atrophie de l'hémisph. cérébelleux droit (1).
9 —	Amaigrissement progressif. Eschares.	Sclérose des nerfs et des bandelettes optiques.
» —	Athrepsie.	Observ. publiée page 68.
» —	Tuberculose pulmonaire.	Luxations très fréquentes de l'épaule droite.
3 —	Tuberculose pulmonaire.	. . . .
6 —	Rougeole. Broncho-pneumonie.	Sclérose atrophique du lobe occipital, du coin et du lobe carré droits. Méningo-encéphalite partielle.
!2 —	Corps étranger du larynx.	Observ. publiée dans ce Compte rendu, page 60.
!5 —	Fracture de la base du crâne.	. . . .
5 juin.	Tuberculose pulmonaire.	. . . .
» —	Rougeole. Bronchite.	Sclérose atrophique.
6 —	Accès.	Idées de jalousie.
8 —	Tuberculose pulmonaire.	A pris du bromure d'arsenic (Voir thèse Bricon, p. 88).

NOMS.	AGES.	PROFESSIONS.	MALADIES.
Schwert.. . .	18 —	Sans.	Hémiplégie gauche. Imbécillité prononcée.
Versmé. . . .	29 —	Bijoutier.	Epilepsie idiopathique.
Alli.	1 —	Sans.	Hydrocéphalie.
De Buss.. . .	24 —	Sans.	Epilepsie idiopathique. Démence.
Genes	10 —	Sans.	Idiotie complète, symptomatique. Atrophie cérébrale.
Saint-Arnoul.	5 — 1/2	Sans.	Idiotie complète.
Guillemo. . .	42 —	Sans.	Epilepsie idiopathique.
Delai.	16 —	Sans.	Epilepsie idiopathique.
Colar.	24 —	Sans.	Epilepsie symptomatique. Hémiplégie droite.
Lefèvr. . . .	31 —	Sans.	Epilepsie. Hémiplégie gauche. Athétose.
Paugno.. . .	3 — 1/2	Sans.	Idiotie complète.
Dond.	15 —	Sans.	Epilepsie idiopathique.
Ledu.. . . .	19 —	Sans.	Imbécillité congénitale. Epilepsie idiopathique.
Trepsa. . . .	1 — 1/2	Sans.	Idiotie par hydrocéphalie.

Evasions. — L'enfant Pare... s'est évadé le 14 février ; le même jour on l'a retrouvé chez ses parents et ramené à l'hospice.

Population au 31 *décembre* 1883. — Le 31 décembre, il restait dans le service 305 malades se répartissant ainsi qu'il suit :

53 Epileptiques adultes aliénés.
70 — — non aliénés.
163 — enfants aliénés.
— — non aliénés.
19 Enfants idiots, imbéciles, instables, etc.

DATE du DÉCÈS.	CAUSES DU DÉCÈS.	PARTICULARITÉS.
—	Cachexie épileptique. Eschares.	Hémisphère droit, 30 gr. de moins que le gauche.
juillet.		(1).
août.	Hémorrhagie méningée.	Observ. publiée page 113.
septemb.	Accès (5, nocturnes).	Parotidite. Méningo-encéphalite. Idées de grandeur.
octobre.	Tuberculisation du mésentère, du pancréas et du poumon.	Sclérose atrophique de l'hémisphère droit (150 gr. de moins que le gauche).
—	Athrepsie. Lait dans les bronches. Emphysème pulmonaire et sous-cutané.	Conformation particulière du crâne. Cerveau.
—	Tuberculose pulmonaire.	. . . .
—	Tuberculose du péritoine, des plèvres et des poumons.	. . . .
—	Etat de mal.	Foyer ancien dans le corps strié gauche.
novemb.	Mort dans un accès.	Pseudo-kyste occupant la base de l'hémisphère cérébral droit (250 gr. de moins que le gauche).
—	Tuberculose (poumon, larynx, foie, rate).	Méningite chronique. *Aspect chagriné* de quelques circonvolutions à droite. Granulations tuberculeuses de la sciss. de Sylvius gauche. Amputé de la jambe.
décembre	Cachexie épileptique. Série d'accès.	
—	Mort dans un accès.	Mort à l'asile d'Auxerre. Pas d'autopsie.
—	Athrepsie. Congestion méningitique.	Hydrocéphalie en voie de diminution. Hernie double.

Nous n'avons pas à revenir sur cette classification qui, on le sait, est administrative et n'a rien de médical.

Personnel du service en 1883. — Il se composait : d'un interne titulaire, M. Boutier (2) ; d'un interne provisoire M. Leflaive ; de M. le Dr P. Bricon, qui, depuis plusieurs années, nous rend de grands services ; d'un instituteur, M. Boutillier, aidé de M. Pény, professeur de chant, de M. Goy, professeur de gymnastique, et de quelques admi-

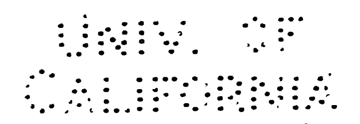
(1) Malade sorti en 1881, accès dans le square de la rue du Temple. Conduit à l'Hôtel-Dieu, y est mort le 15 juillet 1885.

(2) Il a été remplacé en août par M. de Tornery, interne provisoire.

nistrés de l'hospice; d'un surveillant, M. Agnus, d'un sous-surveillant, M. Lantin; de trois sous-surveillantes, Mlles B. et J. Agnus, Mme Jolliot; de deux suppléantes, Mlle Bohain et Mme Thierry-Sarrazin; de deux infirmières de 1re classe, quatre de 2e classe; de trois infirmiers de 1re classe et de vingt de 2e classe. L'enseignement professionnel se compose de MM. Leroy, maître menuisier; Allène, maître tailleur et Perche, maître cordonnier.

DEUXIÈME PARTIE

Clinique.



I.

Du Mérycisme

Par BOURNEVILLE et SÉGLAS

I. — DE LA RUMINATION CHEZ LES ANIMAUX.

« Certains animaux ont la faculté de ramener dans la bouche pour les soumettre à une nouvelle mastication, à une nouvelle insalivation, à une nouvelle déglutition les aliments déjà ingérés. Ce mode préparatoire de digestion se nomme *rumination*.

« Propre à un ordre de mammifères qu'on désigne, par cela même, sous le nom de *ruminants*, le pouvoir de ruminer a été attribué par quelques naturalistes à d'autres animaux tels que la taupe-grillon et la sauterelle parmi les insectes; les écrevisses, les crabes, les limaçons parmi les crustacés et les mollusques; le saumon, la dorade parmi les poissons; le pélican et le héron parmi les oiseaux; tels enfin que la marmotte, le cochon d'Inde, le lapin et le lièvre dans la classe des mammifères. » (Longet[1].)

Des études plus précises ont démontré l'erreur de ces asser-

[1] *Traité de physiologie,* 2e éd., t. Ier, p. 128. M. Kœrner (Otto) a signalé dans son travail (voir plus loin), un cas de rumination chez un singe (cynocéphale hamadryas), qui lui a été communiqué par M. Max Schmidt, directeur du jardin zoologique de Francfort-sur-Mein. Ce singe, un mâle, avait plus de dix ans de captivité. Il se masturbait souvent. Chaque fois qu'il avait mangé des feuilles vertes de salade, qu'il aimait beaucoup, ses bajoues se remplissaient bientôt, il mâchait la salade et la ravalait. On ne dit pas si ce singe ruminait d'autres aliments.

tions, et aujourd'hui les physiologistes sont d'accord pour ne reconnaître l'existence de la rumination que chez les mammifères de l'ordre des ruminants.

Nous ne donnerons pas ici une description détaillée du tube digestif de ces animaux. Nous rappellerons seulement que leur estomac se compose de quatre parties : 1° le rumen ou panse; 2° le bonnet ou réseau; 3° le feuillet; 4° la caillette.

La *panse* est la plus grande de ces cavités ; c'est là que s'entassent les aliments incomplètement mâchés. Chez quelques animaux, le chameau en particulier, la panse présente des groupes de diverticules qui paraissent destinés à servir de réservoir aux boissons, car leur ouverture plus étroite que le fond n'en permet guère l'accès aux aliments solides. — Le *bonnet*, qui vient après la panse, est beaucoup plus petit; c'est le véritable réservoir des liquides. — Le *feuillet*, ainsi que son nom l'indique, présente des lames plus ou moins développées, suivant les animaux; entre ces lames se rassemble la bouillie alimentaire. — La *caillette*, sécrétant le suc gastrique, constitue l'estomac véritable.

Ajoutons que la panse et le bonnet communiquent directement avec l'œsophage, qui se continue ensuite sous la forme d'une *gouttière ou demi-canal* jusqu'au feuillet, lequel communique à son tour avec la caillette.

Les animaux chez lesquels on remarque cette conformation particulière de l'estomac et qui méritent véritablement le nom de *ruminants*, sont : le bœuf, le mouton, la chèvre, l'antilope, la girafe, l'axis, le chevreuil, le daim, le renne, l'élan, le cerf, le chevrotain, le lama, le chameau.

On trouvera dans les livres spéciaux des détails intéressants sur les phénomènes et le mécanisme de la *rumination* chez les mammifères. Nous nous contenterons ici d'une revue rapide, sans exposer les expériences ou les théories pour lesquelles nous renverrons le lecteur aux traités de physiologie.

D'après les expériences de Flourens, les aliments grossiers tombent en partie dans la panse, en partie dans le réseau, tandis que les aliments atténués, demi-fluides ou réduits en bouillie, se rendent à la fois, mais en proportion variable, dans les quatre compartiments gastriques. Quant aux boissons, elles tombent directement dans les deux premiers estomacs et se rendent aussi dans les deux derniers par la gouttière œsophagienne et par le bonnet.

Pour ramener les aliments dans la bouche, deux ordres d'organes doivent intervenir. Les uns, organes immédiats, sont les estomacs eux-mêmes; les autres, agents médiats ou auxiliaires, sont les muscles abdominaux et le diaphragme.

Les physiologistes sont très peu d'accord sur le mode d'action des premiers. Duverney, Peyer; Perrault, Daubenton, Flourens, Colin ont fait à ce sujet nombre d'expériences et émis différentes théories. Ce dernier expérimentateur, trouvant inexactes les expériences de Flourens qui donnaient à la gouttière œsophagienne le principal rôle dans l'acte de la rumination, explique ainsi le mécanisme de la réjection des aliments dans l'œsophage : la panse et le réseau se contractent simultanément; — la première pousse vers l'orifice inférieur de l'œsophage des aliments très délayés, et le second, des liquides; — l'œsophage semble alors se relâcher et se dilater pour permettre aux aliments et aux liquides de s'introduire dans la cavité; puis il se referme et éprouve alors une contraction antipéristaltique qui porte les aliments et les liquides vers la bouche. Les matières alimentaires y arrivent donc dans un grand état de mollesse et mélangées avec une forte proportion de liquide qui est dégluti par l'animal en une ou plusieurs gorgées.

Cette théorie est en grande partie conforme à la vérité. Cependant la cause de la réjection n'est pas telle que l'admet Colin, ainsi que le démontrent les explications théoriques de Chauveau, contrôlées par les recherches expérimentales de Toussaint. Voici en résumé, et sans entrer dans le détail des expériences, quel est, d'après ces physiologistes, le mécanisme de la rumination.

Au moment de la réjection, la glotte se ferme et en même temps survient une contraction très énergique et très brusque du diaphragme, qui détermine dans la cavité thoracique une diminution de pression, par suite de laquelle le poumon, dont l'élasticité est mise en jeu, attire en tout sens les parois de l'œsophage. Ainsi dilaté, ce conduit remplit le rôle d'un tube rigide dans lequel on ferait l'aspiration. Les matières délayées de la panse se précipitent donc dans l'orifice béant de l'œsophage, et alors une contraction du pilier droit du diaphragme, séparant les matières engagées, provoque une contraction antipéristaltique de l'œsophage qui les amène à la bouche.

Cette théorie diffère donc de la précédente en ce quelle

refuse un rôle actif à la panse et au bonnet, et qu'elle établit que la diminution de pression intra-pulmonaire est indispensable à la pénétration des aliments dans l'œsophage. Si, en effet, on pratique une ouverture à la trachée, ce qui revient à empêcher les effets de l'occlusion de la glotte, les côtes interviennent alors et se soulèvent brusquement en même temps que le diaphragme pour produire cette dépression.

Quant au rôle du diaphragme et des muscles abdominaux, il a été bien établi par Flourens qui, paralysant ces muscles par la section des deux nerfs diaphragmatiques et de la moelle au niveau de la sixième vertèbre dorsale, a rendu chez le mouton la rumination très difficile et même impossible.

Au moment où la pelote alimentaire s'engage dans l'œsophage, on remarque un mouvement brusque dans le flanc de l'animal; le mouvement se compose d'une inspiration brusque suivie d'une expiration rapide. Quand le bol est arrivé dans l'œsophage, il est porté dans la bouche par l'action des fibres spirales croisées. On peut constater cette ascension par le toucher et même par la vue.

Une fois parvenue dans la bouche, la pelote alimentaire est soumise à une seconde mastication, qui est suivie d'une seconde déglutition très rapide; puis, dès que le bol est descendu dans l'estomac, un autre bol succède et remonte bientôt vers la bouche.

Les aliments, après avoir été ramenés dans la bouche, sont donc redescendus dans les réservoirs gastriques; mais alors, devenus plus fluides, ils s'engagent plus facilement dans la gouttière œsophagienne, sans déterminer l'écartement de ses bords, et peuvent être ainsi conduits directement dans le feuillet. Béclard admet cependant qu'une partie passe encore dans la panse et le réseau pour être ruminée de nouveau.

Tel est, aussi succinctement que possible, le *mécanisme de la rumination* chez les animaux. Nous allons maintenant aborder l'étude de ce phénomène dans l'espèce humaine.

II. — DE LA RUMINATION CHEZ L'HOMME.

Définition. Nature du mérycisme. — « Nous avons trouvé dans les meilleures étymologies, disent Percy et Laurent[1], que

[1] *Dictionnaire en soixante volumes*, article *Mérycisme*.

le mot *mérycisme*, composé de trois autres, signifiait *rappeler de loin et écraser quelque chose : e profundo haurire et in minutas particulas incidere;* ou, mieux encore, comme le disent quelques hellénistes, *revolvere*, *exedere*, *replicare cibum;* action que les Allemands, souvent plus expressifs dans leur langue que nous le sommes dans la nôtre, ont nommée *widerkauen*, *mâcher de nouveau*, et que nous avons appelée *ruminer* ou *rumination*, sans songer à ce que ces locutions pouvaient avoir de dégradant pour notre espèce. »

Plusieurs auteurs ont donné des définitions du mérycisme; la plupart nous semblent exactes. Cependant, nous nous permettrons de relever dans quelques-unes certains points qui nous paraissent ne pas correspondre à la réalité des faits.

Racle appelle *mérycisme* « la faculté qu'ont certaines personnes de vomir à volonté et de choisir parmi les matières ingérées celles dont elles veulent débarrasser l'estomac ». En outre, cet auteur assimile complètement le mérycisme au vomissement, dont il ne serait qu'une modalité. Pour nous, comme pour plusieurs auteurs, entre autres Percy, Laurent, Cambay, le mérycisme doit être bien distingué du vomissement. Nous ne discuterons pas ce point en ce moment; nous y reviendrons à propos du diagnostic. L'examen des observations contenues dans ce travail prouvera lui-même surabondamment que la définition précédente, correspondant d'ailleurs à une affection rare, ne peut en rien s'appliquer aux phénomènes du mérycisme.

Il est encore un point sur lequel une autre définition du méricysme a attiré notre attention. C'est le suivant : on trouve dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* une définition dans laquelle les auteurs, tout en indiquant fort bien en quoi consiste le mérycisme, le qualifient de *maladie*.

Or, le mérycisme est-il un phénomène morbide ? Voici la réponse qu'a faite, antérieurement à cette question, le Dr Cambay, qui était lui-même mérycole :

« Je ne crois pas que le mérycisme soit un phénomène morbide; et si on lit avec attention les diverses observations de mérycisme, on ne trouve pas qu'il fût accompagné d'aucun symptôme qui annonçât un état morbide. Tous ceux qui en étaient affectés se portaient bien et, chose remarquable, chez plusieurs d'entre eux, quand ils étaient affectés d'une maladie quelconque, ce phénomène

[illegible] oux il n'avait lieu que
[illegible] ulièrement, en un mot,
[illegible] s porté à en conclure
[illegible] ompte, je puis dire que
[illegible] 'ai toujours joui d'une
[illegible] t indiqué qu'il fût nui-
[illegible] qu'il dépend de ma vo-
[illegible] ès utile, puisque, par ce
[illegible] es substances qui le fati-
[illegible] e je fais subir aux ali-
[illegible] . »

[illegible] Pipelet, lorsqu'il écri-
[illegible]

[illegible] utilius aptiusque com-
[illegible] o fuerit dentium officio
[illegible] manifesto liquet rumi-
[illegible] esse præcipitanter de-
[illegible] i latens ægritudo impe-
[illegible] n. »

[illegible] olument l'avis de ces
[illegible] ez des individus bien
[illegible] ies intercurrentes fré-
[illegible] tômes morbides conco-
[illegible] de la volonté sur sa
[illegible] l'accompagne le plus
[illegible] volontaire du méry-
[illegible] nge, son influence dé-
[illegible] et IX) nous semblent
[illegible] isme n'est pas une ma-
[illegible] me affection, dont se
[illegible] ent, Littré et Robin. Ce
[illegible] s derniers, s'appliquer
[illegible] ganisme : monstruosi-
[illegible]

[illegible] r ce point qu'il nous
[illegible] rminerons en donnant
[illegible] de Percy, de Littré et
[illegible] n dépeindre ce phéno-
[illegible] celle de Longet. C'est
[illegible] toutefois légèrement :

Le mérycisme consiste en ce que, au bout d'un temps plus ou moins long après le repas, les aliments remontent à la bouche sans effort et presque toujours sans nausées pour être soumis à une nouvelle mastication, à une nouvelle insalivation et à une digestion ultérieure.

Ce phénomène, comme on le voit, se rapproche beaucoup de celui qu'on désigne chez les animaux sous le nom de rumination. Aussi, le plus souvent, *mérycisme* et *rumination* sont-ils considérés comme synonymes, bien que *mérycisme* désigne particulièrement la *rumination* dans l'espèce humaine.

Historique. — Avant le milieu du XVII[e] siècle, on ne s'était, croyons-nous, jamais occupé du mérycisme, et encore les ouvrages de cette époque sont-ils pleins de confusion et les observations toutes superficielles[1]. Les auteurs, disposés toujours à rechercher le merveilleux et assimilant complètement le phénomène du mérycisme à la rumination des animaux, ont cherché à pousser plus loin le rapprochement et ont prétendu que les mérycoles naissaient de parents cornigères ou l'étaient eux-mêmes (Bartholin, Ettmuller, Bonnet, Rhodius, Peyer). Cependant, sur cent cas de cornigères réunis par Sachs, on ne trouve qu'un seul ruminant. D'autres auteurs ont supposé l'existence de plusieurs estomacs chez les mérycoles (Salmuth, Bartholin); mais quand on a observé ces cas, c'était plutôt des *loculamen* placés dans le ventricule, et encore les sujets n'étaient-ils pas mérycoles. C'est, du moins, l'avis de Morgagni qui, avec Valsalva, avoue n'avoir jamais rencontré de mérycoles (Lib. 3, ep. XXIX, p. 89).

Peyer (*Merycologia sive de ruminantibus et ruminatione commentarius*, 1685) cite de nombreux exemples de mérycisme, entre autres celui d'un moine, cornigère, et celui d'un gentilhomme padouan, issu d'un père cornigère.

Ce fut Fabrice d'Acquapendente (*De varietate ventris et intestini*) qui, le premier, commença à parler plus sagement du mérycisme, en le séparant de l'existence des cornes dans les deux cas cités par Peyer. Voici d'ailleurs les faits importants à relever dans ces deux observations :

[1] Saint Augustin rapporte qu'il y avait certaines gens qui, après avoir avalé des choses différentes, et les avoir gardées un peu de temps dans leurs entrailles, rappelaient ensuite celles qu'ils voulaient et les en tiraient comme d'un sac. (*Histoire des Diables de Loudun*, p. 115.)

Observation I. — Chez le gentilhomme padouan, la rumination était involontaire et provoquait un certain plaisir. Il ne mastiquait pas les aliments avant de les avaler pour la deuxième fois. Après la mort, on constata que l'*estomac était unique* et *très dilaté*.

Observation II. — Quant au moine, il mourut à trente-huit ans, dans un état de maigreur excessif attribué par Jean Burgower au vice de digestion dont il était affecté. *Son estomac était unique*; l'*œsophage était très épaissi*; aussi Plazoni n'hésite pas à voir là la cause première du mérycisme.

Parmi les auteurs qui, vers la même époque, ont écrit sur le mérycisme, nous mentionnerons en passant Daniel Ludwig, Burgower, Perineti, Sennert, Abraham Will, Wepfer; mais leurs observations sont toujours bien incomplètes. Ce n'est guère qu'en 1786 qu'on rencontre un travail sérieux sur le mérycisme; il est dû à Pipelet. Dans sa thèse (*De vomituum diversis speciebus accuratius distinguendis*), il fait bon marché des prétendues causes de mérycisme admises jusque-là et surtout de la présence des cornes chez les mérycoles. Il distingue aussi le vomissement produit par une lésion accidentelle de celui qui constitue le mérycisme, et rapporte les deux cas observés par Fabrice d'Acquapendente ainsi que plusieurs autres empruntés à Winthier, Welsh, Salmuth, etc., et que nous aurons d'ailleurs l'occasion de mentionner en divers endroits de ce mémoire.

Quelques années plus tard, nous trouvons signalé par M. Roucher un cas de mérycisme chez un conscrit de l'armée d'Italie. M. Delmas cite un cas semblable observé chez un étudiant en médecine.

En 1808, M. Roubieu (*Ann. de la Soc. méd. de Montpellier*) parle d'un fait du même genre qu'il a observé. Percy, dans l'article *Mérycisme* (du *Dictionnaire en soixante volumes*), rapporte une observation personnelle, dont le trait le plus saillant est la suspension par une attaque de goutte des phénomènes de mérycisme.

En 1812, M. Tarbès publie dans la *Bibliothèque médicale* une observation de mérycisme survenue chez un enfant de cinq ans à la suite d'une variole, et guéri à vingt ans par le coït.

Cette observation paraît avoir attiré l'attention sur ce point particulier de la pathologie; car, peu de temps après, et dans le même recueil, on trouve successivement des cas de rumination dus à James Copland, George Ness Hill, Bryand.

Sans y insister pour le moment, et simplement pour compléter cet exposé rapide des travaux faits sur le mérycisme, nous citerons un travail sur la rumination dans l'espèce humaine dû à Weiling et publié en 1823 (*Ueber das Wiederkauen bei Menschen*); la thèse de M. Cambay, en 1830 (*Du mérycisme et de la digestibilité des aliments*), où l'auteur, mérycole lui-même, étudie les phénomènes observés sur sa propre personne ; puis des observations dues à Ducasse (1836, in *Froriep's Notizen*, t. XLVII, p. 95), à Elliotson (*Ibid.*, t. XLV, p. 337). Des faits analogues ont encore été rapportés par MM. Vincent (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1853), Rossier (*Journal des conn. méd.*, 1862), Châtelet (*Gaz. des hôp.*, 1863), Bourneville (*Mémoire sur la condition de la bouche chez les idiots*, 1863), Fronmüller (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1866), Armaingaud[1]. Nous examinerons plus tard en détail toutes ces observations.

Plus récemment encore, Ireland, dans son *Traité de l'idiotie*, signale en passant l'existence du mérycisme chez les idiots, mais ne fait que mentionner simplement, à l'appui de son dire, l'observation de Becco, publiée par l'un de nous.

En 1874, le Dr W. Graham (*The Chicago med. Examiner*, 1874, 1er mars, p. 118) rapporte l'observation d'un cas de rumination chez l'homme. En 1880, à la séance du 25 octobre, le Dr Lorenzo Monti a adressé à la Société médico-psychologique une note, citée à la correspondance, sur un cas de mérycisme observé chez une imbécile épileptique. En 1881, notre ami, M. R. Blanchard, a publié dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, un très-intéressant article sur la rumination auquel nous aurons l'occasion de faire des emprunts[2]. Nous devons encore une mention spéciale à la thèse de Dumur[3], aux mémoires de E. Pönsgen[4], de Otto Kœrner[5] et de

[1] Armaingaud.— *Essai sur la rumination humaine.* Thèse de Paris, 1867.

[2] Le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* ne consacre qu'une dizaine de lignes au *mérycisme.*

[3] Dumur. — *De la paralysie du cardia ou mérycisme.* Diss. inaug., Berne, 1859. Malgré de nombreuses recherches, nous n'avons pu jusqu'ici nous procurer ce travail.

[4] Pönsgen. — *Disposition des fibres motrices stomacales; troubles de leurs fonctions.* Strasbourg, 1882.

[5] Kœrner (O.) — *Contribution à l'étude de la rumination chez l'homme.* (*Deutsches Archiv f. Klin. Med.* Leipzig, 1883, XXXIII, p. 544-556.)

M. Bouchaud [1]. Ces trois derniers travaux ont paru alors que notre mémoire était composé.

III. — DU MÉRYCISME CHEZ L'HOMME SAIN D'ESPRIT.

Quand nous avons entrepris ce travail sur le mérycisme, nous nous proposions de l'envisager seulement chez l'idiot ou l'aliéné dément. Mais le cours de nos recherches nous ayant amené à recueillir plusieurs cas du même genre observés chez l'homme sain d'esprit et présentant des particularités intéressantes, nous avons pensé qu'il serait bon de joindre ces observations aux autres, afin de nous faire une idée aussi exacte que possible du phénomène que nous étudions.

On pourrait presque, avec les faits observés chez les hommes sains d'esprit, faire une monographie du mérycisme : on y trouve, en effet, des indications intéressantes sur ses causes, son mode de début, ses symptômes et sa marche. Cependant, nous préférons réserver l'étude clinique pour la seconde partie de notre travail, où les observations prises chez l'idiot sont souvent plus complètes à quelques points de vue. Nous nous contenterons pour le moment de signaler les particularités qui ressortent des observations recueillies chez les individus jouissant de l'intégrité de leurs fonctions intellectuelles, sur les *causes* et le *début* du mérycisme.

Les auteurs anciens, qui ont parlé du mérycisme, ont tout d'abord considéré ce phénomène comme intimement lié à la constitution même de l'individu et comme tel se développant avec lui. — L'*âge* serait donc, dans ce cas, peu important à considérer; nous verrons par la suite que cette proposition est absolument juste et que le mérycisme peut débuter aussi bien dès la plus tendre enfance que dans l'adolescence ou même dans l'âge adulte.

Sennert et Daniel Perineti admettent, en dehors de l'âge, l'influence presque exclusive de l'*imitation*.

[1] Bouchaud (J.-B.). — *Note sur la rumination chez l'homme et spécialement chez les aliénés.* (*Journ. des sciences méd. de Lille*, 1883, p. 608 et 641.)

Observation III. — Daniel Perineti (*Med. pract.*, lib. III, sect. II, cap. 8) cite le cas d'un enfant de *sept à huit ans* qui, ayant tété des chèvres pendant deux ans, se mit à ruminer par *imitation*.

Observation IV. — Sennert (*Med. prat.*, lib. III, p. 1) cite le cas d'un Suisse qui devint ruminant *pour avoir vécu* avec des bestiaux et qui *communiqua* sa maladie à sa femme (?).

D'après cette dernière observation, l'influence de l'imitation se manifesterait non seulement des animaux à l'homme ; mais encore de l'homme à l'homme. (Voir Obs. XXIII.)

Si les deux observations qui précèdent peuvent laisser quelques doutes dans l'esprit, nous croyons que l'on doit accepter sans difficulté celle que nous allons transcrire d'après M. Otto Koerner, auquel elle a été communiquée par le professeur A. Freund.

Observation IV *bis*. — *Hystérie et rumination chez une gouvernante : transmission à un garçon de six ans et à une fille de trois ans. — Renvoi de la gouvernante : guérison des enfants.* — Dans la famille d'un collègue, on engagea une gouvernante *hystérique* et *ruminante*. Les enfants, un garçon de six ans, une fille de trois ans, apprirent d'elle en peu de temps à ruminer. La mère vit d'abord que les enfants gardaient dans les bajoues les aliments qu'ils n'aimaient pas, et les recrachaient quand ils n'étaient pas surveillés. On chassa cette propension par des punitions, on ne vit plus rien d'anormal pendant longtemps, jusqu'au jour où la mère les surprit au moment où, ne se croyant pas surveillés, ils étaient debout, penchés en avant, exécutaient des mouvements avec le ventre et faisaient remonter ainsi pour la recracher une grande partie de leur repas. Alors, on les surveilla et on fit, après chaque repas, un examen de leurs bajoues. On découvrit alors que les deux enfants étaient capables, jusqu'à sept heures après le repas, de faire remonter les aliments ingérés, pour les recracher ou les ravaler à volonté. On renvoya la gouvernante ruminante et la mère très énergique guérit les enfants bien vite par une surveillance incessante.

Ce fait montre que, fort probablement, le mérycisme a joué un certain rôle dans la production des vomissements extraordinaires, bizarres, réputés miraculeux, dont il est parlé dans les procès de diablerie. On y trouve, en effet, rapportée l'histoire de nonnes hystériques qui vomissaient toutes sortes d'objets.

[illegible] ons plus loin, joue [illegible] ycisme. Nous avons [illegible] s, admettant l'iden- [illegible] présence des cornes, [illegible] pères de *cornigères.* [illegible] du mérycisme lui- [illegible] s, observés dans ces [illegible] ra, Bérard et Lan- [illegible] ne doivent être re- [illegible] s. Voici maintenant [illegible] sme peut être héré-

[illegible] l'histoire d'un Sué- [illegible] eu dans son enfance [illegible] *ion* à l'âge de trente [illegible] t atteint de la même [illegible] du moins en public!

[illegible] ui nous paraît incon- [illegible] mination ne soient [illegible] ans cette observation [illegible] u mérycisme chez le [illegible] d'éructations acides. [illegible] érycisme héréditaire [illegible] le voit dans l'obser-

[illegible] — *Apparition dès l'en-* [illegible] *rentes.* (*Froriep's No-* [illegible] *Transactions philoso-* [illegible] if à un jeune homme [illegible] e était mérycole. Lui- [illegible] pouvait s'en souvenir. [illegible] nsation de *plénitude* à [illegible] 'heure après le repas, [illegible] és, sinon un peu plus [illegible] alle se prolongeait en [illegible] l'ordre où ils avaient [illegible] s sans aucun dégoût [illegible] ns l'estomac sans don- [illegible] *maladies intercurrentes* [illegible]

Cette dernière particularité se retrouve dans l'observation que nous allons maintenant rapporter et qui, de plus, nous fournit un nouvel exemple de l'hérédité du mérycisme.

OBSERVATION VII. — *Hérédité.* — *Mérycisme dès l'enfance, involontaire, partiel.* — *Mastication complète.* — *Santé générale bonne.* — *Suspension du phénomène par les maladies intercurrentes.* (*Froriep's Notizen*, t. XLV, p. 337.) — Le Dr Elliotson rapporte le cas d'une *dame de quatre-vingt-neuf ans qui rumine depuis sa plus tendre enfance.* Elle jouit d'une *excellente santé* et vit depuis très longtemps de la manière suivante : au déjeuner, elle mange du pain blanc et des pommes de terre; le soir, du thé et quelquefois du café. Elle *mâche complètement* les aliments : avant la rumination, cette dame *n'éprouve jamais de sensation de plénitude stomacale.* La rumination se produit en général après chaque repas; elle est constante après le dîner. Elle arrive parfois *aussitôt* après le repas, d'autres fois une heure après ou même davantage : elle est accélérée par l'ingestion d'une grande quantité d'eau. Les aliments remontent dans la bouche, en produisant un bruit semblable à un *gargouillement;* ce sont les premiers ingérés qui reviennent les premiers. Le vin, la bière, le cidre ne reviennent jamais; le thé ne remonte que le soir; l'eau remonte toujours et paraît favoriser beaucoup la rumination. Les parties solides des oranges remontent constamment dans la bouche tandis que le jus reste dans l'estomac. Les substances médicamenteuses restent toujours dans l'estomac. Les aliments qui sont ruminés n'ont pas un goût désagréable. Il faut en excepter le thé et les substances grasses qui, parfois, reviennent à différentes reprises jusqu'à ce que la malade les rejette. *La rumination est involontaire.* Elle est toujours suspendue dans le cours des maladies intercurrentes.

Le *père* et *l'un des frères* de cette personne étaient ruminants; mais ils sont morts de bonne heure.

En dehors du fait d'hérédité, nous remarquerons, sans y insister pour le moment, que chez cette mérycole : 1° la mastication était complète; 2° que le mérycisme était partiel et involontaire; 3° qu'il était suspendu sous l'influence des maladies intercurrentes ; 4° que la santé générale fut toujours bonne, et cela jusqu'à un âge avancé.

Cette dernière proposition pourrait faire penser à l'innocuité du mérycisme; prenons garde et remarquons que la mérycole dont il s'agit ne songea jamais à entraver cette fonction anormale. Dans le cas contraire, et les deux observations suivantes le prouvent, le mérycisme, arrêté dans sa production, peut influer gravement sur la santé générale.

Observation VIII. (Ducasse, *Ibid.*) — L'homme qui fait le sujet de cette observation ***parvint à l'âge de soixante-dix ans, bien qu'il ait ruminé dès sa plus tendre enfance***. Chaque fois que le mérycisme était interrompu ou ne s'accomplissait pas régulièrement, il tombait malade, et n'était bien portant que s'il reprenait de plus belle. Dans les dernières années de sa vie, il ne ruminait pas aussi bien qu'auparavant. — A l'autopsie, on constata un *squirrhe du pylore;* et *une ulcération cancéreuse sur la grande courbure*, au voisinage de la rate.

Observation IX. — M. Vincent (*Comptes rendus de l'Académie des sciences;* 1853, t. XXXVIII, p. 31) rapporte un cas de mérycisme, observé chez M. Willame et datant de la jeunesse. Cette perversion des fonctions digestives avait commencé à se montrer dès le début d'un *voyage en mer;* mais elle avait persisté après le débarquement. La rumination s'opérait environ une demi-heure après l'ingestion des aliments et, dans l'espace de dix années, elle avait réduit le malade à un état de marasme qui semblait annoncer une fin prochaine. Ce fut alors que, sur l'avis d'un médecin, il essaya de soumettre à une seconde mastication les aliments qui remontaient de l'estomac presque dans le même état où ils avaient été avalés. L'assimilation ne s'exécuta jamais que d'une manière très imparfaite comme le prouvait l'état de maigreur et de faiblesse du sujet. Cependant, avec cette santé languissante, *il vécut encore quarante-cinq ans et atteignit l'âge de quatre-vingt-trois ans.*

Nous nous sommes un peu écartés de l'étiologie en faisant remarquer l'influence du mérycisme sur la nutrition : l'observation précédente nous y ramène en nous montrant qu'en dehors de l'hérédité, le mérycisme peut éclater sous l'influence de *causes occasionnelles* : ici c'est un *voyage en mer*; dans le cas ci-après, c'est une cause à peu près semblable, un *traumatisme*, qui provoque l'éclosion des troubles de la digestion.

Observation X. — M. Boucher, médecin à Montpellier, cite le cas d'un conscrit de l'armée d'Italie qui fut réformé pour une *rumination* dont il rapportait la *cause* à une *chute faite sur l'estomac*, et à la suite de laquelle il cracha le sang pendant cinq mois. (*Ann. de la Soc. de méd. de Montpellier*, 1807, t. IX, p. 285.)

Ces deux derniers faits nous ont montré le mérycisme éclatant sous l'influence de causes traumatiques; dans celui que nous allons rapporter les mêmes phénomènes sont dus à une autre cause, la *voracité*. La voracité a été souvent signalée comme cause du mérycisme et la vérité est qu'elle se retrouve chez la

plupart des mérycoles. Maintenant est-ce là une cause ou un symptôme? Cela est bien difficile à affirmer ; car, si l'on cite des mérycoles qui le sont devenus assez tard par suite de voracité, on en cite d'autres, mérycoles dès l'enfance, et chez lesquels la voracité était aussi manifeste. Quoi qu'il en soit, nous ne nous appesantirons pas plus longtemps, actuellement, sur cette partie de notre sujet et nous rapporterons les exemples suivants sans commentaire :

Observation XI. — Salmuth (*Obs. med. cent.*, 1, obs. C, p. 59) cite le cas d'un écolier de Marienburg qui était atteint de rumination. Il était très vorace et avalait les aliments presque sans trituration. Il avait moins *de quinze ans*.

L'existence de la voracité, très nette dans le cas précédent, l'est aussi dans bien d'autres (Obs. XVII, XVIII, XIX). Ce fait presque général, comme on le verra, souffre cependant quelques exceptions, témoin la suivante :

Observation XII. — Daniel Ludwig (*Ephémérides des curieux de la nature;* Déc. 1, années IX et X, Obs. CLX) rapporte le cas d'une jeune fille, *très sobre*, atteinte d'une rumination qui la *dégoûtait*, et qu'elle ne pût maîtriser tout en diminuant de plus en plus la quantité d'aliments qu'elle ingérait.

C'est là le seul cas, parmi tous ceux que nous avons pu recueillir, où la sobriété ait été constatée chez un sujet mérycole. L'observation XIII rentre à ce point de vue dans la règle. Cependant, ici, la cause de l'affection ne fut pas la voracité, car les premiers phénomènes se manifestèrent à la suite d'une maladie aiguë, une variole. Affection bizarre, celle dans laquelle les mêmes maladies peuvent avoir une action absolument opposée ! Ici, une maladie intercurrente provoque l'éclosion du mérycisme, tandis que, dans d'autres cas, parmi lesquels nous en avons déjà cité quelques-uns au passage, les *maladies intercurrentes* ont amené la disparition, au moins momentanée, de la rumination.

Observation XIII. — *Mérycisme à la suite d'une variole à l'âge de sept ans. — Conservation de l'appétit; voracité. — Guérison à vingt ans par le coït*[1]. — Il s'agit d'un jeune homme âgé de vingt ans,

[1] Filhol et Tarbès in *Biblioth. méd.*, t. XXXIV, p. 249; t. XL, p. 232; t. XLI, p. 375; t. LXXII, p. 119.

d'une assez faible constitution, portant au cou des cicatrices de scrofule, qui, depuis l'âge de sept ans, *à la suite d'une petite vérole confluente,* éprouve, après chaque repas, des rapports qui lui font remonter les aliments de l'estomac dans la bouche. A l'origine, il rejetait ces gorgées d'aliments; mais comme il vit que bientôt après il souffrait de la faim, il prit le parti de les mâcher et de les avaler de nouveau. Il mange *avec appétit*, un *peu vite* et ne boit que de l'eau. Une demi-heure après le repas, il éprouve un sentiment de malaise dans la région épigastrique et la rumination commence. Les aliments en revenant dans la bouche ne paraissent avoir subi aucune altération dans l'estomac et n'ont pas mauvais goût. Aussi les mâche-t-il de nouveau avec *plaisir*. Quand il s'endort après le repas, il est forcé de se réveiller au bout de deux heures pour vomir tout à la fois les aliments qu'il n'a pu ruminer.

Ce jeune homme, réformé pour sa maladie, se marie. *Le lendemain même de ses noces* (et il affirme n'avoir jamais usé du coït avant cette époque) le mérycisme commença à diminuer. Huit jours après, il en était complètement délivré, aussi bien que de la soif intense qu'il éprouvait auparavant dès qu'il avait fini de ruminer.

Ce fait étrange de la disparition du mérycisme sous l'influence d'un acte tout physiologique se retrouve encore dans l'observation suivante, presque analogue de tous points à celle que nous venons de citer. Peut-être est-ce la même : en effet, dans la première, le mérycisme débute à sept ans, dans la suivante à six ans et, à la suite de la même maladie; il disparait de la même façon au bout de huit jours de mariage chez les deux sujets, vierges tous deux, à peu près vers le même âge. Nous signalons ces rapprochements : comme rien dans nos recherches ne nous a indiqué que le second cas n'était qu'une reproduction du premier, nous le citerons ici :

Observation XIV[1]. — Le nommé Claverie, journalier, ne commença à ruminer qu'à l'âge de six ans, à la suite d'une *petite vérole;* cela dura ainsi jusqu'à l'âge de vingt-trois ans. A cette époque, il se maria: *le lendemain de son mariage, il remarqua avec surprise que la rumination diminuait;* huit jours après, elle avait totalement cessé, sans qu'il éprouvât pour cela des douleurs dans un organe quelconque. Un fait à signaler est que ce jeune homme affirme n'avoir jamais eu de rapports sexuels avant son mariage.

Les *troubles fonctionnels* de l'estomac paraissent aussi jouer quelquefois le rôle de causes occasionnelles, comme nous le

[1] Ducasse. — *Froriep's Notizen*, t. XLVII, p. 95, 1836.

verrons tout à l'heure; d'autres fois, le mérycisme exercerait peut-être une action réciproque du même genre, pouvant amener le développement d'autres affections de l'estomac: c'est ce que semblerait indiquer l'Observation ci-dessous ainsi que l'OBSERVATION VIII.

OBSERVATION XV[1]. — Cette observation a trait à un soldat qui mourut à Toulouse à l'âge de cinquante-neuf ans. Dès sa plus tendre enfance, cet homme eut le pouvoir de rejeter les aliments qui l'incommodaient sans que sa digestion eût à en souffrir le moins du monde. *De là à la rumination il n'y avait qu'un pas.* Il fut vite franchi, le mérycisme devint bientôt chez cet homme un acte naturel. Il *disparut cependant dans le cours de la maladie dont il mourut* (*cancer du pylore*).

A l'autopsie, rien d'anormal dans la conformation de l'estomac. La cavité était simple, sans diverticulum ni rétrécissements.

Nous penserions volontiers que, dans ce cas, le cancer ne serait qu'un résultat de l'action exercée par le mérycisme sur les fonctions digestives. Ce phénomène entravant journellemement le fonctionnement régulier de l'estomac, imposant pour ainsi dire une surcharge de travail à cet organe, peut parfaitement en avoir fait un *locus minoris resistentiæ* favorisant l'éclosion des néoplasmes chez un individu en puissance de diathèse.

Quant à la suspension ultérieure du mérycisme par le cancer, elle peut alors s'expliquer en admettant que le néoplasme une fois développé, ayant attaqué la structure même de l'estomac, ait apporté un trouble dans les fonctions habituelles de cet organe, surtout si l'on admet avec certains auteurs que le mérycisme est dû à une susceptibilité exagérée de la muqueuse de l'estomac ou à une plus grande énergie de ses fibres musculaires. Cette hypothèse serait aussi applicable à l'OBSERVATION VIII dans laquelle le sujet, mort d'un squirrhe du pylore, ruminait moins bien à la fin de la vie.

En dehors de la suspension du mérycisme par le fait du cancer, nous ferons encore remarquer, dans l'observation qui précède, le mode de début du mérycisme qui ne s'est établi que graduellement comme dans les OBSERVATIONS IX et XIII.

Nous avons signalé tout à l'heure les troubles des fonctions digestives comme pouvant occasionner l'apparition de la

[1] Ducasse, *Ibid.*

rumination. Nous rappellerons à ce propos l'OBSERVATION V ayant trait à un individu qui avait des *éructations acides* avant l'apparition du mérycisme et nous allons rapporter des observations où le phénomène est survenu à la suite d'une indigestion ou même chez des sujets *déjà dyspeptiques*. Nous ferons remarquer aussi que la voracité, le défaut de mastication presqu'ordinaires chez les mérycoles, peuvent fort bien rentrer dans cette catégorie de causes et ne favoriser l'apparition du mérycisme qu'en provoquant d'abord des troubles dans les fonctions de l'estomac.

OBSERVATION XVI. — *Mérycisme survenant à la suite d'un excès. — Début graduel. — Suspension par un accès de goutte. — Boulimie. — Diminution du mérycisme*[1]. — M. R..., maître de forges, à trente-deux ans, en 1798, eut, *à la suite d'une orgie*, une *indigestion* dont il pensa mourir. Puis survint après chaque repas un hoquet ramenant des aliments, qui redescendaient ensuite dans l'estomac, sans avoir aucun mauvais goût.— La rumination, qui finit par s'établir complètement, était annoncée par une sorte de *spasme de l'œsophage* et un besoin d'*éructation*. En 1806, elle fut *suspendue par un accès de goutte*.

En 1811, il fut atteint d'une sorte de *boulimie* qui dura près de trois mois et ne céda qu'en laissant des douleurs épigastriques, des nausées au moindre écart de régime, de l'anorexie, et *une diminution* du mérycisme.

On voit donc que, chez ce malade, outre le début graduel déjà signalé (OBS. IX, XIII, XV), ainsi que la suspension par les maladies intercurrentes (OBS. VI, VII, XV), le mérycisme apparut à la suite d'une *indigestion*. Le fait suivant, plus net encore à ce point de vue, nous montre le mérycisme apparaissant chez un individu souffrant déjà de *dyspepsie*.

OBSERVATION XVII. — *Mérycisme.— Dyspepsie préexistante. Début graduel. — Conservation de l'appétit ; voracité; constipation habituelle. — Les liquides ne sont ruminés que s'ils sont pris en grande quantité. — Suspension momentanée de la rumination par contraction de la volonté; mais rejet consécutif des aliments en masse*[2]. — Le sujet est un homme de moyen âge, d'une assez bonne constitution, habitué dès sa jeunesse à *manger très vite*. Depuis quelques années il avait déjà de *la dyspepsie* et rejetait deux ou trois heures

[1] Percy. — *Dictionnaire en soixante volumes*, art. *Mérycisme*.

[2] James Copland. — *Bull. méd.*, t. LXXIV, p. 417.

après ses repas les liquides ingérés qui avaient alors un goût aigre. Cette affection se changea ensuite en une véritable rumination qui se compliqua d'une éruption cutanée. *L'appétit était conservé* : le malade mangeait *gloutonnement sans soif; constipation habituelle.* Sommeil tranquille. Une demi-heure ou une heure après le repas, une *sensation de plénitude* dans la région du cardia l'obligeait à faire une grande inspiration; dès qu'elle se terminait, un bol alimentaire s'élevait de l'estomac et arrivait dans la bouche au commencement de l'expiration. Il en était ainsi jusqu'à ce que tous les aliments eussent été soumis à une seconde mastication qui était plus agréable au malade que la première. C'était les premiers avalés qui revenaient les premiers. *Les liquides ne remontaient que s'ils étaient pris en grande quantité.* Pas de nausées ni de mauvais goût dans la bouche. Le malade pouvait *retenir les aliments* en concentrant son attention sur un autre objet au moment de la sensation de plénitude au cardia. Mais quelque temps après, les aliments solides et liquides, devenus âcres, amers, revenaient tout à la fois et étaient rejetés, mais sans douleurs ni efforts de vomissement.

Cette affection disparut en quelques semaines sous l'influence de purgatifs, de toniques végétaux, de bains tièdes et de frictions sèches.

Nous ferons remarquer, à propos du début graduel déjà noté (Obs. IX, XIII, XV, XVI), un fait curieux qui ressort de cette observation, c'est que les liquides qui, à l'origine, étaient seuls ruminés, ne le furent plus tard que s'ils étaient pris en grande quantité. Ajoutons que ce fait est un exemple de rumination ayant abouti à la guérison sous l'influence d'un traitement approprié : de plus, chez le sujet actuel, la volonté était impuissante à retenir les aliments dans l'estomac.

L'observation suivante due à M. Otto Koerner (*loc. cit.*) rentre aussi dans la catégorie des mérycoles préalablement atteints de troubles chroniques de la digestion.

Observation XVII *bis.* — *Père ruminant.* — *Développement tardif de la marche et de la parole.* — *Vomissements fréquents.* — *Constipation habituelle.* — *Inflammation intestinale.* — *Début du mérycisme à dix-sept ans.* — *Symptômes et marche de l'affection.* — *Rémissions.* — *Traitements divers.* — M. N..., étudiant en philosophie. Il est âgé de vingt ans, fils d'un *père* ayant autrefois *ruminé.* Il dit qu'on ne pourrait apprendre aujourd'hui grand'chose sur la rumination paternelle, car elle guérit spontanément déjà avant le mariage du père. Ce dernier se rappelle avoir souvent ruminé des aliments qui lui plaisaient beaucoup. Cela lui était très

agréable, car il avait ainsi une double jouissance. Jamais de pyrosis dans ces moments. A côté de cela, il se portait fort bien. Le fils n'a appris tous ces faits qu'à un moment où lui-même ruminait déjà aussi. — *Mère* un peu nerveuse, sœur autrefois anémique; elle passe actuellement pour être bien portante.

Ce M. N... a été faible dans l'enfance; il apprit tard à parler et à marcher; souvent malade, il vomissait facilement (chaque fois qu'il allait en chemin de fer, par exemple); il a souffert depuis sa jeunesse jusqu'à ce jour d'une constipation opiniâtre. Il dit que cela vient de la mauvaise habitude, prise dans l'enfance, de ne vouloir aller à la selle que dans le cas d'absolue nécessité. A l'âge de douze ans, *inflammation intestinale* attribuée avec certitude par le patient à un arrêt des matières. Avant que la rumination ne parût le malade souffrait déjà souvent *de gastrite*, d'éructations et de mauvaise odeur de l'haleine.

La rumination s'est développée à l'âge de dix-sept ans, en deux mois. Le malade était allé pendant un mois dans les hautes montagnes et avait pris, matin et soir, un demi-litre de lait lentement, par gorgées, souvent avec un petit pain trempé dedans. Cette cure ayant été continuée à la maison (dans une grande ville), avec un genre de vie sédentaire, il se développa une montée involontaire de coagula de lait nageant dans un liquide très acide, avec ou sans éructations. D'abord, ces phénomènes se montraient très vite après l'ingestion du lait, plus tard, seulement une heure après, et se renouvelaient alors deux ou trois fois en une heure.

Bientôt, mêmes phénomènes après tous les repas, surtout après le café au lait du premier repas du matin. Le patient s'habitua peu à peu à mâcher à nouveau les aliments remontés, quand ils n'étaient pas trop acides; il les ravalait ensuite, quelquefois sans se donner la peine de mastiquer à nouveau. Souvent, il ruminait si rapidement que la soupe était déjà ruminée avant que le bœuf ne fût entamé.

Bientôt il ruminait presque chaque fois qu'il buvait de la bière ou du vin. Dans le cas seulement où les liquides n'étaient pris que longtemps après le repas, le malade n'observait qu'un peu d'éructation acide sans rumination.

La rumination se présentait immédiatement après l'ingestion de blanc d'œuf, de crême de lait, de graisse, de salade verte (rarement après la salade aux concombres). Jusqu'à ces derniers temps, les gousses des fruits, même des cerises, ainsi que les noyaux des raisins et des groseilles, remontaient régulièrement et étaient crachées.

Plus tard, la maladie se montra même après l'ingestion d'aliments sucrés. Le chocolat remontant dans la bouche n'avait quelquefois, au dire du malade, aucune acidité au goût, malgré son odeur acide, et le malade le ravalait avec plaisir. Quelquefois la rumination est précédée d'un sentiment de poids dans la région

épigastrique qui dure quelquefois aussi longtemps que la rumination. Dans ces cas, on observe toujours en même temps des renvois. Quelquefois les éructations étaient si violentes et si abondantes, que les matières ne pouvaient être gardées dans la bouche. Jamais de nausées dans ce cas. Comme les masses ruminées avaient en général un goût acide, l'acte n'avait rien d'agréable.

Dès que la digestion était entravée (estomac embarrassé ou refroidi, surtout aussi pendant la constipation), la maladie augmentait de fréquence et d'intensité. Le patient ne rumine pas quand il a une conversation animée, surtout quand en même temps il prend un exercice modéré. Si, en suivant une diète sévère, il attache son attention à l'observation des règles prescrites, la maladie augmente de suite.

Le malade fut traité par l'acide chlorhydrique avant le repas, puis, par suite d'insuccès, par le vin de pepsine avant et l'acide chlorhydrique après le repas. Alors, la rumination s'arrêta quelque temps pour reparaître pendant que le malade suivait encore la médication. L'abstinence simple de mets gras, acides et sucrés, n'a jamais servi de rien à elle seule; en employant en même temps le bismuth et le bicarbonate de soude, on obtint pendant quelque temps un mieux sensible.

Peu à peu, la maladie décrut d'elle-même. Le patient croit que la cause en est dans ce qu'il ne s'intéressait plus à son affection, n'observait plus de diète et ne prenait plus de médicaments. Tel était l'état des choses quand M. Koerner fit la connaissance de M. N... en été 1882. « Lorsqu'il me raconta sa maladie, je lui dis qu'un malade de M. Pönsgen s'était guéri en arrêtant la rumination par la volonté et en faisant des mouvements de déglutition. Il essaya aussi de ce moyen, mais sans grand succès. Quelquefois, quand il réussissait, il lui semblait, comme dans le cas de Pönsgen, que les aliments à moitié chemin étaient repoussés dans l'estomac par les mouvements de déglutition. — En juillet, je le présentai au Dr V. Jen Vilden, qui fut assez aimable pour examiner avec moi l'estomac. Le malade, vif quoique vivant un peu à l'écart, s'occupe beaucoup de travaux d'esprit très pénibles. Il est petit, malingre. Thorax peu développé, musculature moyenne, pannicule graisseux faible. — Langue nette. Organes thoraciques et foie normaux. Parois abdominales minces, épigastre effacé (deux heures après le principal repas). On entend de forts gargouillements dans l'estomac, pas de mouvements visibles à l'œil nu, même après friction de l'épigastre. »

Le matin à jeun, on dilate l'estomac avec de l'acide carbonique (deux grammes d'acide tartrique et de bicarbonate de soude); l'épigastre, auparavant effacé, se bombe fortement. Toutes les vingt secondes environ, contractions violentes visibles et tangibles de la région épigastrique. En frottant la région, il se forme, dans la li-

de l'estomac, une vague
à droite en décrivant
limite inférieure à l'es-
nt de la partie inférieure
rs l'arc costal droit; là
dedans de la ligne ma-
cutable à cause de la
sort sous forme de ren-

de litre d'eau fut avalé à
ne bouteille dans laquelle
lair, neutre, sans mucus

fit prendre au malade
tits cubes. Au bout de
donnons une cuillerée à
d'eau; des petits corps
t chez le malade la pro-
sensation de poids dans
ues renvois donnent du
n. Sans aucun doute, l'es-
plétion (voir plus bas) né-
. Lorsque plus tard, le
é de café et de petits-
ment de poids, désigné
senta, mais la rumination

La suite de l'observation
l m'a écrites.
omènes dyspeptiques indi-
ronique; on donna du sel
pas une cuillerée à thé
cure fut prolongée trois
ainsi à enlever aux ali-
acide disparut aussi. La
et ne se présentait plus
Le sentiment de poids
e furent pas influencées

nviron huit jours (vers le
développa une constipa-
ruminer plus souvent
la constipation augmen-

roposai, me basant sur
e sur un autre ruminant,

d'agir directement contre la rumination par l'ingestion de petits morceaux de glace. Le patient, dès que le poids épigastrique prémonitoire s'annonçait, avalait un morceau de glace. Il dit avoir souvent arrêté ainsi la rumination et l'avoir vu diminuer, ce qui ne me semble pas démontré.

Au milieu de décembre, palpitations de cœur violentes. Le médecin prescrivit : teint. éthérée de digitale 5 grammes, eau de laurier-cerise 10 grammes, deux fois par jour 15 gouttes. Bientôt, anorexie, mauvaise haleine et rumination acide. La cure à la glace était devenue inefficace et cette aggravation ne disparut qu'après abandon de la digitale.

Depuis ce temps, le besoin de ruminer est devenu très rare, toujours combattu avec succès par les *mouvements de déglutition*. Les renvois, l'odeur acide disparurent; mais chaque fois que le malade déjà constipé éprouvait quelque retard dans ses selles, le besoin de ruminer augmentait. Tout cela avait disparu, quand je revis le patient le 17 avril 1883.

En résumé, dirons-nous avec M. Koerner, il s'agit là d'un malade faible, souffrant d'un *catarrhe chronique de l'estomac* et d'une *constipation* opiniâtre, ayant un estomac peu dilaté, dont le père rumina jadis, qui a eu du pyrosis, puis des renvois devenant des régurgitations habituelles et qui enfin fut atteint de *rumination*. Les accidents concomitants diminuaient et disparaissaient quand le catarrhe allait mieux, pour revenir avec l'aggravation du catarrhe. La constipation augmentait la rumination. Les médicaments n'ont pas eu d'effet durable. Au bout de trois ans, la rumination devint plus rare et s'arrêta presque complètement, lorsque le catarrhe eut été amélioré par le sel de Carlsbad.

En outre, comme dans le fait précédent, la volonté était impuissante à arrêter le mérycisme. Les cas de ce genre sont relativement fréquents. (Obs. VII.)

Observation XVIII. — Le Dr Delmas a connu un étudiant en médecine à Paris, Helvétien d'origine et gros mangeur, atteint de *rumination involontaire* mais *non incommode.*

Observation XIX. — Blumenbach rapporte[1] quatre exemples de mérycoles : chez deux la fonction était volontaire et s'accompagnait d'une véritable sensation de plaisir.

[1] *Froriep's Notizen*, t. XLV, p. 337.

Cependant on voit que la volonté peut aussi avoir quelque influence sur la production du mérycisme : Darwin cite l'exemple d'un homme qui choisissait à volonté parmi les aliments ingérés dans son estomac ceux qu'il voulait ruminer. Sans être aussi concluante, l'observation suivante nous montre aussi l'action de la volonté sur la rumination; mais alors la rétention des aliments s'accompagnait de douleur: on verra ce point signalé encore plus loin (Obs. XXVIII). Ce fait, ainsi que l'influence de l'arrêt de la rumination sur la nutrition, prouve bien que ce n'est pas là une maladie, comme nous l'avons dit plus haut, mais une sorte de fonction anormale.

Observation XX. — M. Roubieu[1] a observé un jeune homme d'une constitution faible, d'un appétit *vorace*, qui, après ses repas, était sujet à une rumination *qu'il ne pouvait empêcher*, *sans souffrir de douleurs épigastriques*. La rumination était précédée d'*éructations*, ne provoquait pas de dégoût et cessait au bout d'une demi-heure. — Il périt d'hémoptysie à trente ans.

Dans l'Observation XVII, nous avons vu aussi un homme suspendant volontairement la rumination. Mais, chez lui, cet arrêt n'était que momentané et, malgré la concentration de la volonté, les aliments étaient bientôt rejetés en masse.

Ces quelques exemples nous montrent la volonté agissant dans les deux sens, soit pour arrêter, soit pour produire le mérycisme. Ce dernier point ressort encore de l'observation suivante :

Observation XXI. — *Mérycisme sans effort ni douleur. — Influence du régime; constipation persistante. — Production volontaire du mérycisme*[2]. — Le Dr Fronmüller (de Fürth) a observé trois cas d'hommes ruminants, dont deux superficiellement. Le troisième, âgé de vingt et un ans, a sa mère atteinte d'une affection chronique de l'estomac. Il a son infirmité depuis l'âge de dix ans et il l'attribue *à l'ingestion d'une eau fétide* provoquée par une soif vive. Il fut traité sans succès par les vomitifs. Sauf une *constipation persistante,* il se porte assez bien.

Il rumine sans effort de vomissements, même souvent avec plaisir, et la rumination suit de près le repas. Ce sont les viandes et les boissons qui remontent le moins; les légumes remontent toujours. Lorsqu'il est tranquille, il peut faire remonter volontairement les

[1] *Ann. Soc. méd. Montpellier*, t. IX, p. 283, 1808.

[2] *Gazette médicale de Strasbourg*, année 1870, p. 123.

aliments, mais sans les choisir comme le ruminant de Darwin; il peut souvent retenir les aliments. La bouillie alimentaire, d'abord, épaisse, devient à la fin liquide et amère. Le soir, il ne rumine pas. Langue toujours chargée.

De plus, cette observation se rapproche de l'Observation XVII par le fait de la rumination partielle, c'est-à-dire ne s'exerçant que sur certains aliments. Nous avons déjà mentionné certains cas de ce genre. Ainsi, dans l'Observation VII, les boissons n'étaient jamais ruminées, de même dans l'Observation XVII; ici ce sont les viandes et les boissons, et, de plus, la rumination ne suit pas tous les repas.

Rapprochons de ces faits le suivant, qui est aussi un exemple de rumination partielle, mais d'une autre variété, car le sujet ramène tous ses aliments dans sa bouche, pour n'en ruminer ensuite qu'une partie.

Observation XXII. — Welsh (*Obs. med.*, ép. XXXVI) rapporte l'histoire de Edouard Damies qui, une heure ou deux après le repas, ne pouvait s'empêcher de ramener par une sorte de *rumination* son manger dans sa bouche, d'où il *rejetait les substances grasses* qui n'avaient pu convenir à son estomac.

Dans le cas suivant, la rumination, après avoir été *intermittente*, devint *constante*.

Observation XXII *bis*. — *Abus des fruits verts et entérite durant l'enfance. — Début du mérycisme à seize ans. — D'abord intermittent, il devient constant. — Ses caractères. — Mastication incomplète.* (Armaingaud, *loc. cit.*, p. 11). — M. C... est âgé de vingt-trois ans; il fut allaité par sa mère, qui a toujours joui d'une excellente santé, ainsi que son père, ses grands-pères et grandes-mères. Sa santé ne laissa rien à désirer jusqu'à l'âge de quatre ans environ; à partir de cette époque, jusque vers l'âge de neuf ans, il se livra sans discrétion et sans réserve à son goût prononcé pour les fruits, surtout pour les fruits verts, et tous les ans, vers le mois de septembre, une entérite le retenait au lit pendant plusieurs semaines. A l'âge de neuf ans il entra au collège; dès lors il ne lui fut plus possible de se livrer librement à ses instincts frugivores, et l'entérite d'automne cessa de se manifester. Jusque vers l'âge de seize ans, il ne trouve, dans son existence matérielle, aucune particularité digne d'être notée. Les digestions s'exécutaient normalement; mais un soir, une demi-heure environ après son dîner, quelques amandes qu'il avait mangées à son repas, remontèrent dans sa bouche spontanément, sans

efforts; leur saveur n'étant pas altérée, il les mâcha complètement et les avala de nouveau; ce fut chez lui la première manifestation du mérycisme; il ne se souvenait pas avoir fait, ce jour-là, un repas plus copieux qu'à l'ordinaire. A partir de ce moment, la rumination fut établie, mais d'une manière irrégulière, c'est-à-dire que les aliments ne remontaient dans la bouche pour être remâchées, qu'après certains repas et non après chaque repas; mais peu à peu le mérycisme s'établit définitivement, et les repas après lesquels les aliments ne remontaient pas à la bouche, devinrent de plus en plus rares; il ne lui est jamais arrivé, même dans les premiers jours, de rejeter les aliments qui revenaient ainsi de l'estomac, par la raison que jamais leur saveur n'était altérée, quoique la régurgitation eût quelquefois lieu plus de deux heures après le repas; toujours il les soumettait à une seconde mastication, sans répugnance aucune, quelquefois même avec un certain sentiment de jouissance, et ils descendaient de nouveau dans l'estomac. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que cette nouvelle fonction lui semblait si naturelle qu'il n'en fit jamais part à aucun de ses camarades ni à sa famille, et que personne ne s'aperçut jamais de ces régurgitations qui s'opéraient chez lui.

Il se rappelle aujourd'hui que, depuis plusieurs années au moins, il ne fait subir aux aliments qu'il introduit pour la première fois dans sa bouche, qu'une mastication incomplète; mais comme il ne saurait dire si cette habitude existait chez lui avant la première manifestation du mérycisme, ou bien si elle n'a été contractée que depuis cette époque, il est difficile de se prononcer sur la question de savoir si la mastication incomplète a joué un rôle dans la production du mérycisme, ou bien, si, au contraire, M. C... n'a pris que peu à peu et insensiblement l'habitude de ne mâcher qu'à moitié ses aliments, sachant qu'ils allaient se représenter de nouveau sous ses dents.

Ce que je viens de dire se rapporte aux souvenirs de M. C...; ce que je vais dire se rapporte à l'époque actuelle, à ce que j'ai observé moi-même directement.

M. C... a un tempérament lympathico-nerveux, une constitution assez bonne. Nous prenions nos repas ensemble depuis plusieurs mois sans que j'aie pu m'apercevoir des phénomènes insolites qui se passaient chez lui; mais un jour, une demi-heure après son dîner, le voyant mâcher pendant plusieurs minutes sans qu'il eût rien introduit dans sa bouche, je lui demandai la raison de ces mouvements de la mâchoire; il m'apprit alors qu'il remâchait les aliments qu'il avait avalés pendant son repas, et que la même chose se produisait après chaque repas; il fut même très étonné d'apprendre que ce phénomène n'était pas normal, car il avait toujours cru que cette fonction lui était commune avec tous les autres hommes. A partir de ce jour, mon attention fut vivement excitée, et je ne

passai pas un seul jour sans observer les faits suivants : M. C... ne mange pas plus copieusement que ses commensaux, il est au contraire très sobre. Un quart d'heure environ après le repas, la rumination commence ; une petite partie des aliments ingérés remonte dans la bouche sans aucun effort, sans secousses, et presque à l'insu du sujet, qui ne s'aperçoit, le plus habituellement, des contractions qui font remonter les aliments que lorsque ces derniers sont arrivés dans la cavité buccale ; je dis, le plus habituellement, parce qu'il arrive assez souvent que les aliments ne remontent pas spontanément ; mais alors il éprouve une sensation de gêne à l'épigastre qui l'engage à provoquer l'ascension des matières, ce qu'il fait en contractant légèrement les muscles abdominaux ; l'estomac ainsi comprimé, réagit, se contracte et expulse doucement une partie de son contenu ; mais la plupart du temps, il n'éprouve point ce sentiment de plénitude et les aliments remontent spontanément. Ils n'ont point changé de saveur, leur odeur n'est point désagréable ; quand ils ont été remâchés et de nouveau insalivés, ils redescendent dans l'estomac et une autre portion, suivant le même trajet, est soumise aux mêmes actes, et ce va-et-vient se continue pendant un temps variable, quelquefois une heure seulement après le repas, d'autres fois deux heures, quelquefois même quatre heures. La portion d'aliments ainsi ruminée ne dépasse pas habituellement le quart de la quantité ingérée pendant le repas ; la plus grande partie reste habituellement dans l'estomac, et pour cette portion la digestion se passe comme chez tout le monde. J'ai déjà dit que la ration alimentaire de M. C... était loin de dépasser la moyenne, mais je le repète, parce qu'on aurait pu supposer qu'il s'agit ici d'une régurgitation par trop pleine, hypothèse à laquelle il faudrait du reste renoncer en présence des faits suivants : Ce sont surtout les aliments de difficile digestion qui reviennent dans la bouche, et même lorsqu'ils ont été introduits les premiers. Ce sont toujours eux qui reviennent les premiers. Hier encore, voici ce que nous observions : M. C... avait mangé d'abord de la viande de porc, puis ensuite du bœuf rôti, et enfin des fraises ; quelques minutes après le repas, nous le priâmes de rendre dans une assiette la première portion alimentaire qui reviendrait à la bouche ; l'ayant examinée, nous reconnûmes que c'étaient des parcelles de porc, sans aucun mélange. Du reste, cet examen n'était pas absolument nécessaire, car le goût de ces parcelles était parfaitement conservé, et il m'en avait annoncé la nature avant de les avoir rendues dans l'assiette.

Il faut ajouter que la rumination se prolonge d'autant plus après le repas, que la première mastication a été plus incomplète ; ceci est la loi générale, mais il faut dire aussi que la mastication la plus complète n'empêche jamais le mérycisme de se produire à un certain degré ; il est diminué, mais jamais il ne peut être complète-

ment évité. Quand M. C... fume ou quand il prend du café, toutes choses égales d'ailleurs, la rumination est diminuée. Au contraire, s'il se met au travail immédiatement après son repas, il ne cesse de ruminer, et c'est dans ces conditions que le mérycisme se manifeste encore quatre heures et même cinq heures après le repas. La volonté aidée d'une attention soutenue peut quelquefois suspendre le mérycisme et l'empêcher de se produire, mais il n'obtient cette suspension qu'au prix d'une douleur sourde, mais très gênante dans la région épigastrique. M. C... n'éprouve jamais d'éructations ; son haleine n'est nullement mauvaise; les résidus de la digestion sont expulsés régulièrement sans diarrhée ni constipation, en un mot ses selles sont tout à fait normales.

Bien que cela soit rare, il peut arriver que le mérycisme soit provoqué : tel est le cas de M. le professeur Brown-Séquard, rapporté par M. R. Blanchard.

Observation XXIII. — « Chez M. Brown-Séquard, dit-il, le mécanisme s'établit à la suite d'expériences, par lesquelles ce physiologiste cherchait à déterminer la durée du séjour que devaient faire dans l'estomac, les divers aliments, pour s'y digérer complètement. Dans ce but, il reproduisait sur lui-même les expériences classiques de Réaumur et de Spallanzani: il avait une éponge, maintenue au dehors par une ficelle, et au centre de laquelle se trouvait l'aliment. Ces expériences allèrent bien .pendant quelque temps, puis, à un certain moment, l'estomac se révolta et rejeta l'éponge. M. Brown-Séquard lutta longtemps contre son estomac, dans l'espoir de déterminer en lui une accoutumance ; mais le rejet de l'éponge persistant et s'accompagnant même de la régurgitation des aliments, il dut s'avouer vaincu et cesser ses expériences. La réjection n'en persista pas moins et constitua pendant longtemps une véritable infirmité. »

Nous dirons avec M. R. Blanchard que « ce nombre restreint de cas ne peut évidemment donner aucune idée de la quantité relative de mérycoles qui existent de par le monde, car, le plus souvent, le trouble fonctionnel dont sont atteints les mérycoles ne constitue point une infirmité et n'a même rien que de très agréable : les personnes de cette catégorie n'ont donc aucun intérêt à consulter un homme de l'art, n'étant aucunement gênées par le retour des aliments. D'autres mérycoles ruminent inconsciemment, pour ainsi dire, sans se douter que cet état physiologique leur est particulier, et on les étonnerait assurément beaucoup si on leur apprenait que cette fonction ne leur

est point commune avec tous les autres hommes ; tel était le cas du sujet observé par M. Armaingaud. Tel est aussi mon propre cas. Je n'ai aucun souvenir de l'époque à laquelle le mérycisme a pu s'établir chez moi : en tout cas, il remonte à ma plus tendre enfance, et il m'incommode si peu que je l'aurais considéré comme un phénomène physiologique normal, si les livres ne m'eussent appris le contraire. Je m'inquiétais du reste fort peu de savoir si les personnes de mon entourage ruminaient également, tant la chose me semblait naturelle ».

Observation XXIV. — Outre les détails qui précèdent, concernant son propre cas, M. Blanchard en ajoute d'autres qu'il a consignés dans l'article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, d'où la citation précédente est tirée. Il a remarqué « qu'il ruminait davantage quand il prenait rapidement son repas, se livrait, au sortir de table, à un travail intellectuel ». Suivant sa propre observation, chaque réjection serait déterminée par l'abaissement du diaphragme, et la dépression des muscles abdominaux. « Ces muscles, ajoute-t-il, peuvent, du reste, se contracter à des degrés divers, et, même en observant dans une glace, leur action peut très bien passer inaperçue ». Et il dit encore : « qu'il mange de préférence certains mets, uniquement dans l'attente de l'agréable sensation qu'ils lui procureront lors de la rumination. Quand, cependant, les aliments séjournent dans l'estomac depuis trois ou quatre heures, il est assez fréquent de leur trouver un goût désagréable, amer ou acide, suivant le cas. »

Nous avons terminé la première partie de notre travail et rapporté tous les cas à nous connus de mérycisme observés chez les individus sains d'esprit. Nous n'en tirons en ce moment aucune conclusion générale ; nous espérons qu'on nous pardonnera nos longueurs et des redites inévitables. Mais nous avons pensé qu'il serait bon de réunir toutes ces observations jusque-là disséminées et d'en faire une sorte de préface à l'étude complète du mérycisme, que nous allons aborder maintenant à propos des cas observés chez les idiots ou les aliénés.

IV. — DU MÉRYCISME CHEZ LES IDIOTS ET LES ALIÉNÉS.

Étiologie. — Les *causes* du mérycisme peuvent se diviser en deux classes : les *causes occasionnelles* et les *causes prédispo-*

santes. Nous venons d'en passer quelques-unes en revue dans le chapitre précédent; aussi nous ne ferons que les rappeler pour mémoire dans cette classification.

Causes occasionnelles. — Les causes occasionnelles du mérycisme sont assez nombreuses. Nous avons déjà signalé comme pouvant rentrer dans cette classe de causes : l'*imitation* (Obs. III, IV et IV *bis*); en voici encore un nouvel exemple, dont nous ne discuterons d'ailleurs pas la valeur.

Observation XXV. — Abraham Will rapporte le cas d'un *idiot*, né d'une mère *idiote*, qui s'accoutuma à ruminer après avoir passé des années avec des animaux ruminants. (*Dictionnaire en soixante volumes*, art. *Mérycisme.*)

Nous avons vu aussi le mérycisme apparaître à la suite de *maladies aiguës* (Obs. XIII et XIV), d'un *voyage en mer* (Obs. IX), d'*une chute sur l'estomac* (Obs. X). De ce dernier genre de causes, on pourrait en rapprocher une qui aurait, suivant Cambay, une certaine valeur : c'est la *compression de l'estomac par les vêtements trop serrés.*

Mais, le plus souvent, c'est à l'occasion de *troubles survenus dans les fonctions digestives* que se développe le mérycisme. Nous avons déjà vu trois observations (V, XVI et XVII) dans lesquelles le mérycisme est apparu à la suite d'une *indigestion grave* ou chez des individus ayant déjà des *éructations acides* ou *souffrant de dyspepsie.* Toutes les causes qui viennent entraver les fonctions de l'estomac peuvent par cela même provoquer, dans certains cas, l'apparition du mérycisme. C'est ainsi qu'agirait la *voracité*, presque ordinaire chez les mérycoles, puisque, sur toutes les observations où l'on a songé à la rechercher, une seule fois (Obs. XII) elle a fait défaut; on comprendrait sous cette dénomination l'action d'introduire dans l'estomac une trop grande quantité d'aliments à la fois et de manger trop vite, de sorte que l'estomac se trouve rempli instantanément.

A la voracité se rattachent les *troubles de la mastication*, très fréquemment observés chez les mérycoles, qui, pour la plupart, ne mâchent qu'imparfaitement ou même point du tout les aliments avant de les avaler pour la première fois. L'insuffisance de l'*insalivation*, accompagnant presque toujours celle de la mastication, rentre dans le même ordre de causes.

Les *altérations du système dentaire* peuvent agir dans le même sens, puisqu'elles sont un obstacle à la mastication. Dans beaucoup de cas, on n'a pas songé à signaler ce point; dans l'OBSERVATION XXVIII seulement, il est noté que le sujet était absolument privé de dents. Chez les idiots que nous avons observés à Bicêtre, le système dentaire était toujours défectueux, chez Gren.. surtout, où, avec les incisives supérieures, presque toutes les molaires font défaut ou sont presque complètement cariées. On comprend parfaitement que, dans des cas semblables, malgré les efforts du sujet, la mastication est toujours incomplète, surtout s'il y a coexistence de la voracité, comme chez Gren.., et doit occasionner par suite des troubles de la digestion. Il n'y aurait donc rien d'étonnant à ce que les altérations du système dentaire soient une cause peut-être indirecte, mais en tout cas efficace, du mérycisme.

On trouve encore, signalées par Cambay, plusieurs causes occasionnelles de mérycisme qui n'agiraient toujours qu'en troublant plus ou moins l'exercice de l'estomac. Telles sont, par exemple, l'*étude* et les *travaux stationnaires* peu ou point actifs immédiatement après le repas; les aliments réfractaires à l'action de l'estomac, les aliments crus, trop peu ou trop cuits, les parties tendineuses, aponévrotiques, les substances facilement altérées par le suc gastrique, le lait, les œufs peu cuits; certains poissons, la morue salée, la raie fraîche, les œufs de brochet; les viandes dures, coriaces; les corps gras, principalement la graisse de mouton; les substances de mauvaise qualité. Cette dernière cause serait celle du mérycisme dans l'OBSERVATION XXI, où ce phénomène a suivi l'ingestion d'une eau fétide. Enfin, l'*insuffisance des sucs digestifs* (*Dict. encycl. des Sciences méd.*) a été signalée comme pouvant avoir une action sur la production du mérycisme.

Telles sont à peu près toutes les causes que l'on peut appeler *occasionnelles* de la rumination chez l'homme, en ce sens qu'elles en déterminent l'apparition à un moment donné et en favorisent ensuite l'exercice. Mais aucune d'elles n'est assez puissante pour la produire nécessairement; il faut en plus une prédisposition particulière tenant à des causes que nous allons maintenant examiner.

Causes prédisposantes. — L'*âge*, avons-nous dit plus haut, paraît n'être qu'une cause de faible importance, car le mérycisme débute à peu près à tout moment de la vie. Cependant,

sa fréquence paraît diminuer à mesure que l'on avance en âge. En effet, sur vingt-trois observations où l'on a noté autant que possible l'âge des sujets au moment du début du mérycisme, on voit que quinze fois il est apparu avant 15 ans; sept fois entre 20 et 32 ans; une seule fois, le sujet avait atteint 40 ans.

Le *sexe* semble avoir une certaine influence comme cause prédisposante de la rumination. Nous n'oserions pas trop affirmer cette proposition : que l'homme est plus sujet à la rumination que la femme. Nous nous contenterons de dire que, sur toutes les observations de mérycoles parvenues à notre connaissance, il n'y a que cinq individus du sexe féminin en comptant le fait observé chez une idiote épileptique, par le Dr Lorenzo Monti, et que nous n'avons pu nous procurer.

Nous avons déjà fait remarquer plus haut le rôle de l'*hérédité* dans la production du mérycisme (Obs. I, V, VI, VII); nous ne reviendrons pas ici sur ce point; on trouvera d'ailleurs encore plus loin (Obs. XXVIII) un fait de mérycisme héréditaire.

Ces causes prédisposantes générales ou spéciales, même avec le concours des causes occasionnelles, sont bien insuffisantes pour expliquer le développement du mérycisme. Aussi se voit-on réduit à invoquer une prédisposition particulière de l'individu. Tous les auteurs qui se sont occupés du sujet n'hésitent pas à en placer le siége dans l'estomac; mais ils ne sont plus d'accord pour en expliquer la nature. Les uns invoquent une plus grande excitabilité de la muqueuse de l'estomac et une plus grande énergie de ses fibres musculaires tenant à leur développement exagéré (Cambay); d'autres attribuent le mérycisme à une paralysie du cardia (*Echo médical,* 1859, p. 648); d'autres, enfin, en font une névrose de la digestion ou le mettent sous la dépendance d'une conformation particulière de l'estomac (Littré et Robin). Cette diversité d'opinions tient vraisemblablement au petit nombre d'autopsies de mérycoles que l'on possède et au peu de renseignements qu'elles donnent sur les causes de ce phénomène, comme nous allons le voir dans le chapitre suivant.

Anatomie pathologique. — Nous avons essayé de démontrer plus haut que le mérycisme n'est pas un phénomène morbide : aussi ne faut-il pas s'étonner de trouver dans les quelques autopsies de mérycoles qu'on a pu faire une absence complète de lésions organiques. L'anatomie pathologique ne peut guère

nous fournir que des données sur des anomalies de conformation ou de structure de l'organe qui doit être regardé comme le siège du mérycisme, c'est-à-dire de l'estomac, encore ces données sont-elles bien vagues.

Etant donnée l'identité presque complète du mérycisme et de la rumination des animaux, la première idée qui vient à l'esprit est de pousser plus loin l'analogie, et l'on est enclin à s'imaginer que l'estomac des mérycoles, par un vice bizarre de conformation, doit se rapprocher beaucoup de celui des mammifères ruminants. C'est ainsi que Salmuth, Bartholin, avaient *supposé* chez les mérycoles l'existence de plusieurs estomacs; mais quand on a fait l'autopsie de ces cas, on n'a vu que des diverticulums placés dans l'estomac. L'autopsie n'a jamais montré rien d'anormal dans la conformation de l'estomac des individus atteints de mérycisme. Dans les Observations I, II, VIII, XV, ainsi que dans les suivantes, l'estomac était toujours unique, la cavité simple, sans diverticulum ni rétrécissements.

La *dilatation de l'estomac* est peut-être l'état qu'on a le plus fréquemment observé à l'autopsie. Arnold en a vu trois cas; Peyer l'a aussi notée. (Obs. I.) Dans l'autopsie de l'individu qui fait le sujet de l'Observation XXIX on trouve que la *grosse tubérosité de l'estomac était plus développée que d'ordinaire et en contact avec le diaphragme, même à l'état de vacuité.* La position de l'estomac, normale d'ailleurs, était plus verticale que de coutume; en outre, le diaphragme était notablement épaissi. Nous ajouterons que Rossier a constaté sur le vivant cette dilatation de l'estomac. (Obs. XXVIII.) Bryand a trouvé le contraire dans l'observation suivante. (*Biblioth. méd.*, t. LII, p. 117.)

Observation XXVI. — Anne Ferry, fille d'un tisserand, eut à l'âge de quinze mois la coqueluche qui dura pendant quatre mois. A cette époque, ses parents aperçurent quelques symptômes d'*imbécillité*, qu'ils n'avaient point encore remarqués. A onze ans, elle pouvait rejeter à volonté par la bouche les aliments que contenait son estomac; mais cette faculté fut accompagnée au bout de quelques mois, de toux, de dyspnée, de maigreur, qui firent des progrès rapides et se terminèrent par la mort.

Autopsie. — Léger épanchement d'un fluide jaunâtre entre la *dure-mère* et l'arachnoïde; vaisseaux de la pie-mère engorgés; plaques nombreuses de lymphe coagulée sur la surface du cervelet;

épanchement semblable des ventricules droit et gauche ; poumons remplis de tubercules ; adhérences de la plèvre costale. ***Estomac très contracté; muscularité du pylore évidemment augmentée;*** quantité considérable de lymphe coagulée à la surface des intestins grêles ; pancréas très volumineux, dur, comme cartilagineux.

La « muscularité » plus développée du pylore, à laquelle l'auteur attribue la faculté de rumination, n'a été notée que dans ce seul cas. Nous en rapprocherons l'Observation II où l'œsophage a été trouvé très épaissi, et l'Observation XXIX où la même remarque fut faite à propos du diaphragme.

D'un autre côté, M. Hill a publié dans son *Essai sur les moyens de prévenir et de guérir l'aliénation mentale*, un exemple de mérycisme. Le malade ayant succombé à une *attaque d'épilepsie*, l'on a remarqué, à l'ouverture de son cadavre, que l'estomac avait une *ténuité extrême* et que les rides de la membrane muqueuse étaient entièrement usées. Ajoutons que les deux autopsies de mérycoles que nous avons pratiquées ne nous ont donné que des renseignements négatifs. Les fibres musculaires, soit de l'œsophage, soit de l'estomac, ne paraissaient pas hypertrophiées. Nous n'avons pas trouvé l'*antre cardiaque* qu'on aurait signalé dans trois cas, au dire de M. Koerner. On sait d'ailleurs que cet antre se rencontre quelquefois chez des individus n'ayant jamais ruminé, ainsi que cela ressort notamment des recherches de M. Pönsgen[1].

En résumé, absence de vices de conformation et dilatation de l'estomac, tels sont les deux points mis en relief par les autopsies. Quant au développement exagéré du système musculaire des organes de la digestion, invoqué comme cause du mérycisme, nous ne pouvons guère, d'après les recherches sur le cadavre, l'ériger en principe. D'un autre côté, si les phénomènes de rumination n'avaient été observés que chez des idiots, on eut pu se croire autorisé à former l'hypothèse d'une cause cérébrale; mais le grand nombre de faits observés chez des gens sains d'esprits réduit à néant cette idée. Il résulte de toutes ces considérations que l'on se trouve conduit à n'admettre

[1] L'antre cardiaque ne représente, écrit cet auteur, qu'une modification faible de l'état en entonnoir de l'œsophage à son extrémité inférieure. Sur vingt-deux estomacs sains d'adultes, il a vu quatre fois l'œsophage ne pas présenter d'entonnoir; dix fois il y avait un entonnoir évident et huit fois un antre cardiaque.

comme principe du mérycisme qu'une disposition nerveuse. particulière, susceptibilité exagérée de la muqueuse stomacale. d'après Cambay; à en faire, en un mot, avec les auteurs que nous citions tout à l'heure, et en attendant mieux une névrose de la digestion.

Symptômes et mécanisme. — Avant d'aborder l'étude de l'acte du mérycisme, il nous paraît utile d'examiner en quelques mots l'état des voies digestives et le mode d'ingestion des aliments chez les individus qui y sont sujets.

Du côté des voies digestives il n'y a rien de bien particulier à noter. La *langue* est bonne, l'*appétit* conservé et même augmenté, sauf certains cas exceptionnels comme celui de Rossier (Obs. XXVIII), où le sujet, déjà malade, avait encore vu son état s'aggraver sous l'influence de vomitifs répétés. La *soif* est plus souvent modérée; l'abdomen est souple, non distendu; cependant, dans l'Observation XXVIII, on a noté une dilatation notable de l'hypochondre gauche; nous n'avons jamais relevé ce fait. Chez nos idiots, les *selles* étaient toujours normales et régulières; il n'en est pas toujours ainsi; on a, en effet, signalé quelquefois (Obs. XVII, XXI, XXVIII, etc.) une *constipation* persistante. Le seul point défectueux de l'appareil digestif serait peut-être l'insuffisance du système dentaire, qui présente, comme on le verra par les observations suivantes, des altérations souvent considérables. (Obs. XXVIII, XXX.)

Quant à l'assimilation, elle se fait généralement bien, à condition toutefois, comme nous l'avons déjà dit, qu'on n'interrompe pas le cours de la rumination.

Le mode d'ingestion des aliments présente des particularités plus importantes. Nous avons déjà signalé l'existence de la *voracité* dans plusieurs observations; on va la retrouver encore dans celles qui vont suivre; c'est là un fait presque général et il est même quelquefois étonnant de voir des mérycoles se bourrer de viandes, de pommes de terre, de pain, qu'ils avalent gloutonnement *sans même boire* pour en faciliter l'ingestion. (Obs. XXX.) Voici d'ailleurs un bel exemple de voracité déjà publié par l'un de nous [1].

Observation XXVII. — En dépit de tous les soins dont il était l'objet, X... avait conservé une voracité insatiable; une surveillance

[1] Bourneville. — *Mémoire sur la condition de la bouche chez les idiots*, 1862.

perpétuelle était indispensable; car ordures, débris de légumes, excréments même..., tout était bon pour son inépuisable appétit. A table, placé à côté d'un maître, isolé de ses camarades, il dévorait en un clin d'œil ce qu'on lui donnait. Son assiette était-elle vide, on le voyait, le regard fixe, convoitant voluptueusement la part de son petit compagnon d'infortune le plus rapproché. Celui-ci était-il distrait une seconde, *Becco* (c'était le surnom du malade) se précipitait comme un trait, le produit du vol était englouti. On lui coupait sa viande par morceaux ; mais, pour lui, les dents étaient inutiles, il ne daignait pas s'en servir. Puis une heure, plus ou moins, après le repas, on le surprenait mâchonnant avec une sorte de bonheur, les yeux brillants de plaisir, des morceaux entiers de chair, restés presqu'intacts, qui reprenaient bientôt le chemin de l'estomac.

Il est fort aisé de comprendre qu'avec une pareille voracité, il ne peut y avoir une mastication et une insalivation suffisantes. Aussi, à part l'OBSERVATION VII, toutes les fois qu'on a songé à examiner la digestion buccale, l'a-t-on trouvée imparfaite. Nous avons noté le fait dans nos observations de Bicêtre, car il nous est arrivé de retirer les aliments de la bouche du malade au début de la rumination et de les trouver alors presqu'intacts.

Les aliments sont ingérés : que va-t-il maintenant se passer? Il y a généralement un certain *intervalle* entre le repas et le début de la rumination; mais cet intervalle est très variable, et cela chez le même sujet. Nous avons souvent observé le début de la rumination quelques minutes après le repas, tandis qu'une autre fois, le même individu n'avait pas encore commencé à ruminer au bout d'une heure. L'intervalle qui sépare le repas du début de l'acte est certainement sous l'influence de quelques conditions particulières: c'est ainsi qu'un repas copieux, l'ingestion d'une grande quantité de liquides ou de certains aliments particulièrement agréables au goût de l'individu peuvent hâter le moment de la rumination. Quoi qu'il en soit, l'espace de temps qui la sépare du repas peut varier de quelques minutes à une heure et plus : en général, c'est au bout d'un temps assez court, d'un quart d'heure en moyenne, que se produit la première régurgitation.

Mais, avant que la première bouchée ne soit remontée dans la cavité buccale, il peut se produire certains phénomènes, sortes de prodromes de l'acte qui va s'accomplir. Presque tous ceux que l'on a pu constater sont consignés dans l'observation suivante :

OBSERVATION XXVIII. — *Démence épileptique. — Mérycisme ; voracité ; défaut de mastication. — Description du mérycisme. — État des voies digestives. — Diminution des phénomènes sous l'influence d'un traitement belladoné* (Rossier, *Journ. des Connaissances méd.*, 1862, p. 181). — Louis C..., agriculteur, âgé de soixante-cinq ans en 1860, a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de cinquante-six ans. Il ne peut donner aucun renseignement sur ses parents.

En 1852, il eut, un jour, un accès de manie avec grande excitation et hallucinations de la vue. Quelque temps après, il tomba subitement à terre sans connaissance. Au bout d'un moment, il sortit de son état comateux avec des cris, une grande agitation et de l'écume sanglante à la bouche. Des accès pareils se sont répétés dès lors cinq à six fois par an, jusqu'en 1858. Depuis lors, jusqu'en 1860, il n'eut aucun accès. Cette année, il en eut un à peu près par mois.

Lors de la première chute, le malade resta un mois sans parler, puis les mots revinrent peu à peu ; mais il éprouva toujours pour parler une difficulté qui va s'augmentant; en même temps, la mémoire s'affaiblit graduellement.

Un peu après l'accès de folie qui caractérisa le début de la maladie, C..., qui de tout temps avait mangé fort avidement et presque sans mâcher, commença à ruminer. Cela n'arrivait d'abord que pour *la salade*. Peu à peu, cet acte suivit toute espèce d'aliments et chaque repas. Depuis six mois, le malade, qui vaquait à ses affaires, s'affaiblit de plus en plus. Depuis la recrudescence des accès épileptiques qui s'est manifestée au début de cette année, il a commencé à ressentir souvent des vertiges pendant la station et la marche. Ces vertiges sont devenus si pénibles que depuis trois mois, il a été obligé de garder le lit. Dans les derniers temps, il a été traité presque exclusivement par l'usage des vomitifs répétés tous les huit jours et cette médication a considérablement aggravé son mal. Les forces déclinent ; *l'appétit, autrefois exagéré, est presque perdu : il y a des renvois acides et des vomissements* spontanés peu abondants après les repas, phénomène qui ne se produisait jamais alors que le malade pouvait encore suivre ses occupations.

État actuel, 14 mai 1860. — Le malade est au lit; c'est un homme bien proportionné, d'un tempérament lymphatico-sanguin, amaigri par une longue maladie. Il porte sur sa figure un cachet d'imbécillité que sa parole semble confirmer. — L'intelligence est obtuse, la mémoire affaiblie. Ce qui le préoccupe surtout, c'est la rumination, puis les vertiges. La première se montre généralement *peu de minutes* après les repas. Elle n'est habituellement précédée d'aucun sentiment douloureux, et le malade n'a pas conscience de son début. Seulement, depuis l'usage des vomitifs, il ressent une *pesanteur à l'épigastre*, surtout au moment où commence le retour des aliments. Il peut retenir mais non empêcher l'acte par

l'effet de la volonté; mais alors il éprouve à l'estomac un poids si insupportable qu'il est obligé de laisser le phénomène se produire. Il peut ruminer dans toutes les positions, plus facilement dans la position assise. Quand cela lui arrive, il y a, en général, fort peu d'intervalle entre deux gorgées; cependant, lorsque la rumination tire à sa fin, les intervalles augmentent. Quand le malade peut se tenir debout ou marcher, les intervalles sont plus longs, mais la durée totale s'allonge en proportion. Celle-ci était habituellement de deux à trois heures pour le dîner, d'une demi-heure à une heure pour le déjeuner ou le souper; depuis l'emploi des vomitifs, elle varie de trois à quatre heures pour le dîner. Autrefois le goût des aliments ne forçait jamais à les recracher : depuis les vomitifs, cela lui est arrivé quelquefois, parce qu'il leur trouvait alors une saveur insupportable.

L'ordre de retour des aliments est le suivant : ce sont les légumes qui se présentent les premiers à la bouche, puis la viande ; ils sont habituellement fort peu altérés, le malade avalant gloutonnement la nourriture presque sans la mâcher. Vers la fin de la rumination, ils consistent plutôt en une bouillie qu'en parties alimentaires distinctes. Les liquides ingérés ne reviennent jamais seuls à la bouche; mais les gorgées sont plus nombreuses quand le malade avale de grandes quantités d'aliments liquides qu'il affectionne, vu la perte de ses dents et la faiblesse de son estomac. Avant le traitement, le nombre des gorgées est de 6-12 pour le déjeuner; 11-21 pour le dîner; 7-16 pour le souper.

La bouche est complètement privée de dents ; la langue rugueuse, couverte d'un enduit épais et portant plusieurs traces de morsures; le ventre, ballonné vers le haut, donne à la pression dans la région épigastrique un gargouillement comme celui d'une outre à moitié remplie de liquide. Toute cette région, depuis l'ombilic jusqu'à la région costale gauche donne le même timbre de percussion. On trouve une matité relative dans les parties qui correspondent au liquide évidemment accumulé dans l'estomac dilaté. Les régions inférieures de l'abdomen n'offrent aucune matité. Le foie et la rate ont le volume normal.

Depuis nombre d'années, la *constipation* est habituelle : elle a augmenté depuis l'usage des vomitifs. *Soif modérée;* urines normales. Rien au cœur; un peu d'emphysème ; sensibilité et motilité intactes.

Le malade fut d'abord mis à une diète sévère et, le 19 mai, on régla son régime de la façon suivante : Suppression des légumes, soupes, bouillies, liquides. Usage de viandes blanches rôties, de pain et de vin coupé avec de l'eau de Seltz. On prescrivit aussi des pilules d'aloès et de rhubarbe.

Le 26 mai, le malade va mieux; il se lève un peu et a moins de vertiges. L'appétit est bon, la rumination se montre encore tous

les jours. Le nombre des régurgitations est toujours le même ; mais elles se font sans aucune gêne. La langue est nette, les selles quotidiennes. Plus de gargouillement abdominal à la palpation.

Le 9 juin, on prescrit l'extrait alcoolique de noix vomique (0,075) et sous l'influence de ce remède, le nombre des régurgitations diminue des deux tiers. — Mais à la fin de juillet le retour plus fréquent des vertiges, l'existence de soubresauts musculaires, font reprendre le premier traitement. — Les mois d'août et septembre se passent sans aggravation.

Avec le mois d'octobre on reprend la noix vomique. Les vertiges deviennent très fréquents. Le 24 octobre, C... est pris d'un accès d'agitation maniaque, qui se renouvelle le 2 novembre. Alors, on cherche à conjurer ces attaques par la belladone (0,02 d'extrait environ par jour), à doses croissantes et avec quelques intermissions le régime alimentaire reste le même.

Le 15 février le malade va bien : les vertiges ne reviennent plus que rarement, l'hébétude est moins marquée, la parole plus libre. La langue est nette, l'appétit modéré ; les régurgitations persistent, mais moins fréquentes (six à dix par jour) et seulement au dîner. — Depuis quelque temps, le malade a pu reprendre quelques occupations.

Sans nous occuper dans ce cas de la description du mérycisme et de son traitement, dont nous aurons à parler dans la suite, nous relèverons parmi les phénomènes prémonitoires de l'acte : des *éructations fréquentes*, quelquefois même du *hoquet*, que nous avons aussi observés, surtout les premières, presque constamment chez nos malades. D'un autre côté, nous n'avons pas trouvé le *ballonnement abdominal* signalé dans le fait précédent. La *sensation de plénitude à l'épigastre*, dont il est parlé dans ce cas et mentionnée par Cambay, a été notée encore chez d'autres mérycoles (Obs. VI, XIII, XVII) ; nos malades étant en général incapables de fournir aucun renseignement, nous n'avons rien de personnel à dire sur ce point. Ajoutons, à ces prodromes, l'*absence de nausées* et le *spasme de l'œsophage* qui ont été indiqués quelquefois. (Obs. XVI.)

Ces symptômes se manifestent, en général, pendant un temps très court et sont suivis presque immédiatement du renvoi de la première bouchée. Comment ce renvoi se produit-il ? C'est ce que nous allons maintenant examiner.

Le *mécanisme* du rejet des aliments dans la rumination, qui n'est pas indiqué dans le fait précédent, se trouve déjà tracé à grandes lignes dans une autre observation que nous

jugeons utile de rapporter avant d'aller plus loin dans l'étude des symptômes.

OBSERVATION XXIX. — *Idiotie; mérycisme.* — *Voracité*; *pas d'insalivation ni de mastication* : *fonctions digestives intactes.* — *Début de la rumination deux ou trois minutes après le repas. Mécanisme, arrêt momentané par le décubitus dorsal.* (Châtelet, *Gaz. des hôpitaux*, 1863, p. 215, et *Journ. de méd. de Lyon*, 1866, p. 303.) — Jean G..., âgé de quatorze ans, est entré à l'hospice de l'Antiquaille le 17 mars 1857. Il est né à Villefranche. Il est impossible d'avoir des renseignements sur sa famille ou sur ses premières années.

Il a la taille d'un enfant de douze ans à peine et est *idiot* dans toute la vigueur de l'expression. Les manifestations intellectuelles sont nulles; il ne prononce jamais une parole; il est calme, tranquille. Le front est bas, couvert en partie par les cheveux. Les lèvres sont volumineuses et paraissent plus saillantes encore, grâce à un mouvement de succion qui lui est familier.

Il se tient habituellement accroupi dans un coin, les yeux fixés à terre, immobile ou imprimant à la tête un balancement monotone. Sa physionomie n'exprime habituellement ni peine ni plaisir. Il ne manifeste ses sensations que dans un seul cas et d'une seule manière. Lui fait-on mal, souffre-t-il, il pousse un cri inarticulé, toujours le même, puis il rentre dans son calme ordinaire.

Il ne sait pas prendre les aliments qui sont devant lui pour les porter à sa bouche. Il faut les lui mettre dans la main ou mieux dans la cavité buccale. Lorsque cette dernière est restée vide quelque temps, on voit bientôt la salive s'en écouler au niveau de chaque commissure et tomber sur les vêtements.

Sa nourriture de prédilection consiste en pain, soupe et viande. Il mange *difficilement les légumes, les fruits;* souvent même il refuse de les avaler.

Ce qui frappe d'abord chez lui, c'est la manière dont il prépare le bol alimentaire. A peine les aliments sont-ils dans la bouche, que la déglutition s'opère sans qu'il *y ait presque insalivation et mastication.* On peut lui faire absorber ainsi une très grande quantité de mie de pain par exemple et cela sans boire. A peine peut-on lui faire accepter quelques gouttes de liquide.

Dès qu'on a cessé de lui remplir la bouche, il semble se recueillir; après un temps très court, *deux ou trois minutes, il penche la tête en avant, étend le cou, contracte simultanément son diaphragme et ses muscles abdominaux, il ajoute une légère inspiration,* et bientôt un premier bol alimentaire remonte sans effort dans la bouche. Il s'accompagne parfois d'un léger *gargouillement* qui siège au pharynx. A ce moment seulement commence la *mastication.*

Les premiers bols sont composés d'aliments presque normaux : après quelque temps, ils commencent à s'altérer; à la fin de l'opé-

ration ils n'offrent plus l'aspect que d'une pâte chymeuse. Le temps de la rumination varie avec la quantité d'aliments ingérés dans l'estomac. On peut suivre ainsi les diverses altérations que subit le bol alimentaire dans l'acte stomacal de la digestion : pendant tout le temps que dure le travail, il a les yeux fixés ; loin de paraître souffrir, il se frictionne parfois la poitrine avec un air de satisfaction assez marqué.

Quand toute la masse ingérée a subi cette seconde mastication, il reprend son immobilité première et la salive ne tarde pas à s'écouler de nouveau. Tel est le spectacle que nous offre cet idiot après chaque repas. Malgré cela la santé générale est intacte, les forces sont normales, les *selles régulières*, les urines rares. Rien en un mot ne semble, dans l'organisme, souffrir de ce trouble pathologique qui semble presque physiologique chez notre malade.

Chez ce jeune mérycole, on arrêtait pour un moment le cours de la rumination, si on le maintenait *couché* sur le *dos, la tête renversée en arrière*. Voici maintenant les résultats de l'*autopsie* :

Malgré le mérycisme physiologique du malade, rien d'anormal dans son estomac, si ce n'est peut-être la grosse tubérosité plus développée que de coutume. Sa position était aussi un peu plus verticale que d'ordinaire. Cette grosse tubérosité était en contact avec le diaphragme, même à l'état de vacuité. Le diaphragme était épaissi d'une manière très notable.

Voûte crânienne amincie ; — épanchement sanguin sous les téguments du crâne ; — *méninges* normales ; — *circonvolutions* indurées, tassées contre les enveloppes par l'expansion des ventricules latéraux distendus par de la sérosité. — *Corps calleux* aminci, jaunâtre. — On trouve cinq *tumeurs cérébrales*, siégeant toutes sur le trajet des plexus choroïdes, sur les plexus eux-mêmes, sur le plancher des ventricules. Bien que la lésion soit surtout à droite (trois tumeurs dont deux volumineuses mesurant de cinq à sept centimètres accolées vers la partie antérieure de la couche optique, entrant un peu dans la corne frontale), il n'y a jamais eu hémiplégie, strabisme ou paralysie. — Le *trigone* est ramolli, déformé ; *le septum lucidum a disparu ; les corps striés* et les couches optiques sont ramollies.

Les *reins* sont durs, volumineux, présentent une grande quantité de tumeurs de volume variable, pédiculées ou non et s'attachant sur la substance corticale ou dans l'intérieur des pyramides. — Une tumeur (volume d'une noisette) semblable a été trouvée dans le *foie*.

Examen miscroscopique. — Les *tumeurs du cerveau* ont un aspect encéphaloïde : elles renferment un suc blanchâtre analogue au suc cancéreux et présentent de grosses cellules avec de gros noyaux à nucléoles comme les cellules cancéreuses. On trouve aussi des éléments de nature conjonctive.

Dans les *tumeurs des reins*, on trouve un grand nombre de noyaux conjonctifs en général peu difformes. Les canalicules urini-

pares ont disparu dans les points envahis. Les cellules épithéliales de leur face interne se trouvent encore, mais infiltrées de graisse.

La *tumeur du foie* est constituée surtout par des noyaux conjonctifs peu altérés dans leur forme et réunis par une matière amorphe peu consistante et très granuleuse.

Nous reviendrons tout à l'heure sur la description du mérycisme une fois établi : pour l'instant nous ne nous occuperons que de son *mécanisme*. D'après le fait précédent, la flexion de la tête, l'extension du cou, la contraction simultanée du diaphragme et des muscles abdominaux, une légère inspiration, une sorte de gargouillement, et tous ces phénomènes avec peu ou pas d'efforts, tels sont en somme les phénomènes qui se produisent généralement au moment où la rumination s'opère : nous retrouverons la plupart d'entre eux chez les sujets que nous avons observés. Entre tous, le plus important est incontestablement la contraction du diaphragme et des muscles abdominaux ; aussi est-ce celui qui a le plus fixé l'attention des observateurs et sur lequel ont porté les discussions. Certains médecins, Percy et Laurent, ont nié *absolument* l'action de ces muscles dans la production du mérycisme; et voici, d'après eux, le mécanisme de ce phénomène. On y retrouvera, d'ailleurs, la plupart des points que nous venons d'indiquer.

« Quand les regorgements vont se produire, la tête est portée en haut et en avant ou en bas contre le sternum. Un bruit sourd et comme un *bouillonnement* se fait entendre d'abord dans le pharynx ; puis un autre bruit plus clair, plus brusque (*tic*), comme celui d'une soupape qui s'ouvrirait tout à coup. Au milieu de ces mouvements, l'*œsophage* éprouve des tractions, des succussions qui sollicitent l'estomac et *en attirent plutôt* qu'elles n'en font expulser une portion des matières qui y sont renfermées....... Aucun effort du côté de l'enceinte musculaire abdominale ni du diaphragme, aucune action appréciable de la part de l'estomac quoique bien sûrement celui-ci ne soit pas étranger à ce qui se passe au dedans de lui-même. Le mérycole attentif et inquiet attend le commencement de la rumination. Il le hâte en faisant entrer de l'air dans l'œsophage où son accès serait si propre à produire cet état de réplétion et de trop plein qui favorise de plus l'évacuation de cet organe. Il cherche à en attirer de l'un et de l'autre pour l'excréter; il allonge et élargit tour à tour le canal œsophagien, le *tic* a lieu. C'est le signal de l'ouverture du cardia par lequel une colonne d'aliments fait aussitôt irruption comme si elle eut été poussée par

une puissante compression ou qu'un mouvement particulier qu'on appellera, si l'on veut, *antipéristaltique* l'eût forcée par ses puissantes ondulations à s'échapper ainsi. »

Un autre auteur, Cambay, donne une explication qui s'éloigne passablement de celles que nous venons de rapporter. Pour lui, l'appel d'air que fait souvent le mérycole au moment de ruminer, n'a pas pour effet la dilatation de l'estomac, car cet air n'est pas avalé. C'est une simple inspiration qui a pour but d'abaisser le diaphragme ; en même temps il y a une légère contraction des muscles de l'abdomen. L'estomac, qui se trouve alors comprimé par les deux plans musculaires et par les intestins, qui sont refoulés vers lui, réagit sur les substances qui le distendent, et une masse alimentaire force le cardia, gagne l'œsophage et le pharynx dont les contractions successives l'amènent dans la cavité buccale. Tout en admettant la participation du diaphragme et des muscles de l'abdomen, l'auteur ajoute que leur action est si faible que le mérycole lui-même ne la perçoit que s'il y fait attention. En outre, elle n'existerait que pour la première gorgée après laquelle les contractions de l'estomac, que l'auteur localise dans la grande courbure, suffiraient seules pour continuer le mérycisme. Par ce dernier point, cette théorie se rapproche de la précédente, dont elle ne diffère, somme toute, que par l'action attribuée aux muscles abdominaux et au diaphragme.

Pour nous, voici, d'après ce que nous avons observé, la façon dont se produit la rumination.

Il nous semble évident que le mérycole sent approcher l'instant où la rumination va se produire ; car, à ce moment, il semble se recueillir et attendre. Cet instant est quelquefois très court, quelques secondes à peine, comme chez Juven... (Obs. XXXI), qui n'interrompait guère son balancement habituel quand la bouchée allait remonter. Chez Gren... (Obs. XXX), ce fait était plus visible, car il cessait ses cris ou ses rires pendant un peu plus de temps, jusqu'à ce que le bol alimentaire fut revenu à la bouche. Chez ce dernier enfant, d'ailleurs, tous les phénomènes du mérycisme étaient beaucoup plus nets que chez l'autre. En même temps le haut du corps est généralement incliné en avant et la tête portée en avant et en haut.

Que se passe-t-il alors ? Nous avons vainement recherché l'inspiration initiale dont parlent quelques auteurs. Le sujet

étant mis à nu, nous n'avons jamais vu le thorax se dilater, les intestins s'abaisser, les muscles inspirateurs se contracter. Nous pensons, au contraire, vu l'absence de mouvements apparents du côté du thorax pendant ces quelques secondes que le malade interrompt seulement sa respiration, emprisonne l'air qui reste dans la cavité pulmonaire, et immobilise ainsi son diaphragme. Quant à l'appel d'air, plus ou moins marqué, mais qui, néanmoins, existe presque toujours, il se fait, à notre avis, du côté des voies digestives, et cela, à cause des éructations sonores qui accompagnent le renvoi des aliments. Ce fait était surtout manifeste chez Gren..., qui avalait de l'air, produisait alors une sorte de fausse éructation suivie presqu'instantanément d'une autre vraie accompagnant les aliments qui remontaient en produisant en plus cette espèce de *gargouillement* déjà signalé ci-dessus. Si l'on ajoute à cela une légère contraction des parois abdominales, portant surtout sur les droits antérieurs qui se tendent, avec une légère dépression des fosses iliaques, on aura tous les phénomènes apparents qui provoquent le retour des aliments dans le pharynx. Ajoutons que cette contraction abdominale est très peu marquée, et qu'il faut même parfois la rechercher soigneusement pour pouvoir la constater: ainsi, chez Juven.., on ne voyait guère qu'une sorte d'ondulation de la paroi; mais, chez d'autres malades, nous avons observé le fait pendant toute la durée de la rumination; cependant, à partir du moment où les aliments remontent à l'état de pâte, cette contraction devient à peine visible. Disons enfin qu'elle est toujours instantanée.

On voit donc, en somme, que, pour nous, le mécanisme se réduit aux trois points suivants : appel d'air dans l'estomac, immobilisation de la cage thoracique et par suite du diaphragme, légère contraction des parois abdominales, le tout sans aucun phénomène d'effort. Mais, en définitive, ces agents ne nous paraissent pas suffisants, et nous croyons que le principal réside dans l'exagération des mouvements de l'estomac, qui doit se contracter et réagir sur les matières qui le distendent pour en provoquer l'expulsion; et peut-être aussi, dans la contraction des fibres longitudinales de l'œsophage nécessaire pour dilater le cardia qui, on le sait, reste sans cela fermé même sous de fortes pressions de gaz contenues dans l'estomac. Quant aux mouvements, péristaltiques de l'œsophage et du pharynx, nous ne serions pas éloignés de croire qu'ils existent;

car nous avons observé qu'il s'écoulait un espace de temps faible, mais appréciable, entre les phénomènes apparents indiqués ci-dessus et l'arrivée des aliments dans la bouche. Cela nous fait penser que ces aliments ne sont pas rejetés violemment en masse, ce qui s'explique bien par la faiblesse des forces mises en jeu, mais qu'ils cheminent plus lentement, grâce aux mouvements du canal œsophagien.

Nous avons exposé longuement diverses théories cherchant à expliquer le mécanisme de la rumination; il nous reste à examiner maintenant ce qui va se passer une fois que les aliments sont revenus dans la bouche. L'observation suivante nous donnera, à ce sujet, de nombreux renseignements :

OBSERVATION XXX. — *Idiotie : hérédité (grand'mère, grand'tante et cousine aliénées).* — *Mère migraineuse.* — *Grand'mère maternelle hystérique. Mérycisme : Altérations considérables du système dentaire.* — *Voracité.* — *Troubles de la mastication.* — *Description du mérycisme.* — *Pas de troubles digestifs.* — *Santé générale bonne.* — *Idiot grimpeur.* — Albert Gren..., né à Paris le 2 juin 1867, est entré à Bicêtre le 2 août 1876. (Service de M. BOURNEVILLE.)

Antécédents. (*Renseignements fournis par sa mère*, 9 décembre 1880). *Père*, quarante ans, marié à vingt-cinq ans et demi, sobre, calme, n'a jamais fait de maladies; pas de migraines, taille petite. [*Père*, mort il y a longtemps, on ne sait de quoi; ne buvait pas. — *Mère*, bien portante, pas de migraine, ni d'attaques de nerfs. Elle était enceinte du père de notre malade avant d'être mariée et l'abandon de son amant la rendit comme folle pendant quelques semaines, mais elle ne fut pas enfermée. — Une *tante maternelle* a été *folle*. — Une *cousine germaine*, devenue *folle* à la suite d'une grossesse, a été enfermée à Sainte-Anne en 1879. — Un *cousin germain, aliéné*, a été à Sainte-Anne en 1878 : il a eu aussi la syphilis. — Pas de suicides, ni de criminels, ni de difformes.]

Mère : trente-sept ans, couturière, bien portante, de taille moyenne. Elle a, depuis deux ans, des *migraines* fréquentes, surtout avant ou après les règles, accompagnées parfois de vomissements, de bourdonnements d'oreille, de vertiges, et la forçant à garder le lit pendant deux jours. Elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs, ni de maladies graves. [*Père*, mort par accident, *buvait* beaucoup, n'a jamais eu de troubles nerveux. — *Mère :* cinquante-six ans, concierge, bien portante; d'un caractère irritable, aurait eu une vingtaine de fois environ, à la suite de contrariétés, des attaques de nerfs durant de cinq minutes à une heure; pas de migraines. — Pas d'aliénés, etc., dans la famille.] Pas de mérycoles ni du côté du père, ni du côté de la mère. — *Pas de consanguinité.*

Deux enfants : 1° notre *malade* ; 2° une *fille*, bien conformée, morte à treize jours, en nourrice, de *convulsions*.

Notre malade.— *Grossesse* bonne; durant son cours, pas d'alcoolisme, pas d'émotions vives, pas de traumatismes. — *Accouchement* à terme, lent (quatorze heures): la tête resta longtemps au passage et l'enfant était tout noir en venant au monde; la tête était très développée.— Il fut nourri au sein par sa mère jusqu'à quatorze mois. A cette époque, il commença à marcher et ses premières dents parurent, la dentition était complète à deux ans; pour le reste, il était très en retard : à trois ans, il ne disait que : « papa, maman », et quelques monosyllabes. Seulement on ne s'en inquiétait pas parce que le père avait lui-même parlé très tard. A trois ans et demi, il fut atteint d'une *hydropisie* qui envahit les mains, les pieds, les jambes, l'abdomen : il fut soigné par M. Triboulet; il n'avait pas eu la scarlatine. Cette maladie dura trois mois et demi, plus deux mois et demi de convalescence. Avant cette maladie, il était gai, caressant, intelligent; après, l'intelligence disparut de plus en plus. A quatre ou cinq ans, il avait, par moments, des *crises* (trois ou quatre par jour) dans lesquelles il se cognait la tête contre les murs, ou se jetait par terre.

Le *mérycisme* fut observé pour la première fois à l'âge de quatre ans et demi. A l'origine, la rumination ne se produisait que lorsque Gr... était en colère, peu à peu elle devint constante et suivit chaque repas. C'était les aliments solides qui étaient ruminés. Gr... était très vorace, mangeait avidement avec ses mains de tous les aliments et les avalait de suite *sans mâcher*. Pas de salacité, jamais de vomissements ; selles quotidiennes, diarrhée rare; gâtisme; Gr... n'a, d'ailleurs, jamais été propre. Il n'a jamais eu de convulsions, de croûtes, de glandes, de dartres, d'ophthalmies, etc. *Sommeil* bon.

Il a la manie de *grimper* partout où il trouve une issue ; il ne vole pas, sauf les gâteaux et les poupées : il aime beaucoup la rue, la musique, et tout ce qui tourne, les roues de voitures, les tourniquets. Actuellement encore on lui apporte des jouets qui tournent.

État actuel (août 1882). — *Tête*, petite; voûte du crâne un peu irrégulière. Du côté gauche, on sent, à l'union du frontal avec le pariétal, une dépression allongée transversalement. En arrière l'asymétrie est plus prononcée, la bosse occipitale gauche est à peine sensible, tandis que la droite est très saillante. Front bas, les bosses frontales ne font pas de saillie, les arcades sourcilières sont peu marquées : circonférence de la base, 51 centim.; diamètre antéro-postérieur (compas Budin), 17,3; diamètre bi-temporal, 14,3; diamètre bi-pariétal, 14,6. Pas d'asymétrie de la face. Regard vague; iris gris brun, pupilles normalement dilatées, égales et contractiles. *Pas de strabisme* ni de conjonctivite. *Nez* court, écrasé. *Bouche*, très grande, lèvres très épaisses, saillantes et ren-

versées en dehors, surtout l'inférieure. — Voûte palatine régulière, symétrique, assez profonde; voile du palais, luette, piliers, amygdales réguliers. *Maxillaire supérieur* régulier et symétrique. Les deux incisives médianes, cariées jusqu'à la gencive, font défaut, ainsi que les deux grosses molaires gauches, la première petite molaire droite et la première grosse molaire du même côté. La deuxième grosse molaire gauche et la deuxième petite molaire droite sont cariées au sommet de la couronne.

Maxillaire inférieur régulier et symétrique. La première petite molaire et la première grosse molaire manquent à droite et à gauche. La deuxième petite molaire gauche est gâtée à la couronne. Les dents qui restent sont bien rangées, l'articulation est normale.

Oreilles grandes, très détachées de la tête, bien ourlées; lobule semi-adhérent.

Cou court. — *Thorax* bien conformé; pas de déviation du rachis. L'abdomen ne présente pas un développement exagéré.

Les *membres supérieurs,* bien conformés, sont courts. Les doigts sont aussi très courts: les ongles sont complètement rongés à cause de la succion continuelle, et l'épiderme est comme macéré. Les *membres inférieurs,* bien conformés, ne présentent aucune trace de rachitisme ni de scrofule; orteils courts, voûte plantaire normale.

Organes génitaux : Verge petite; prépuce très long formant un phimosis. On ne sent pas les testicules dans le scrotum; rien à l'anus. Onanisme fréquent.

Cheveux et sourcils châtains; absence de poils aux aisselles, aux jambes, au pubis. Pas de cicatrices. — Un petit *nœvus* du côté gauche au-dessous des fausses côtes, et deux autres aux extrémités du bord interne de l'omoplate du côté droit.

Rien dans les poumons ni au cœur. — Langue nette. Abdomen souple, foie et rate normaux ; pas de dilatation stomacale; selles régulières sans constipation ni diarrhée, rumination, gâtisme.

La *sensibilité générale* est conservée, mais les sensations sont perçues assez lentement. Les *sens spéciaux*, surtout l'odorat, sont assez obtus. *Taille*, 1 mètre 20; *poids*, 26 kil. 200.

Gr.. aime toujours la musique, les roues et les voitures où il essaye de grimper. Il n'est pas coléreux, ne se bat pas avec ses camarades; paraît assez craintif, *et a surtout peur des chiens et des chats.* — Il a souvent des *accès de cris*, qui durent de quinze à trente minutes, à la suite desquels, il se roule par terre et se cogne la tête. Pas de grincement de dents, pas de balancement; il ne bave pas, mais suce continuellement ses doigts. Il sait se déshabiller, mais ne peut s'habiller ni se laver seul; il a l'habitude, en se couchant, de défaire complètement son lit et de jeter les oreillers par terre; il veut aussi avoir toujours les bras nus, et il retrousse continuellement ses

manches jusqu'au-dessus du coude. — *Parole* nulle. Gr... reconnaît sa mère; quand il l'aperçoit, il va au-devant d'elle, la prend par la main, la fait asseoir et s'empare du sac qu'elle apporte pour regarder dedans. — Onanisme fréquent et devant n'importe qui; il paraît cependant comprendre qu'il fait mal, mais éclate de rire lorsqu'on le gronde.

Il est très gourmand : quand les aliments arrivent au réfectoire, il va toujours soulever les couvercles et flairer les plats. Si cela lui convient, il retourne à sa place en sautant; si, au contraire, les aliments lui déplaisent, il crie et tape contre les murs ou trépigne. Si quelque chose lui plaît à table, et que son assiette soit vide ou qu'on serve les autres avant lui, il pousse des cris épouvantables.

Il mange à peu près de tout; cependant il a des préférences marquées pour les viandes rôties, les *pommes de terre* et le macaroni; en général, il ne mange pas beaucoup de légumes, surtout les choux, les petits pois, les carottes; il refuse absolument les *œufs* et le *riz au lait*. Il n'aime pas beaucoup le vin.

Il mange seul, la plupart du temps avec ses doigts; pourtant on a obtenu qu'il emploie aussi quelquefois la cuiller. La première chose qu'il fait, une fois servi, est de casser son pain en plusieurs morceaux qu'il met dans son assiette avec la viande. Généralement il commence par manger la viande, à moins qu'il n'y ait des pommes de terre avec elle, et garde le pain pour la fin du repas. Il est excessivement *vorace*; le plus souvent, il avale des bouchées *absolument intactes*, en mettant quatre ou cinq dans sa bouche à la fois. Nous l'avons vu ainsi manger *deux côtelettes* en l'espace d'*une* minute. Quelquefois cependant, mais rarement, il semble faire des mouvements de mastication; mais, même dans ce cas, elle est tout à fait insuffisante, et l'on s'aperçoit lorsque les aliments remontent ensuite, qu'ils n'ont pas été triturés le moins du monde. Lorsqu'il a vidé son assiette, il va prendre avec ses doigts la *viande* de ses voisins, surtout lorsque c'est un de ses mets favoris. Jamais il ne vole les légumes. Il ne mange son pain qu'en dernier lieu et paraît le mastiquer plus longtemps que la viande. Il ne *boit pas du tout* pendant le repas, ni à la fin et même lorsqu'on le fait boire, il détourne le plus souvent la tête, ou n'*avale qu'une gorgée* en faisant la grimace. Il préfère tremper dans son vin des morceaux de pain, ou même des aliments, barbotter dedans avec ses mains et jeter le tout ensuite dans son assiette ou surtout sur la table. Il ne manque jamais de se livrer à cet exercice, si on laisse son gobelet à sa portée. Lorsqu'il a fini son repas, ce qui, en général, ne demande que quelques minutes, il se lève quelquefois, erre de côté et d'autre sous les tables et ramasse des croûtons qu'il avale; mais, le plus souvent, il reste sur sa chaise, et attend tranquillement le moment de la rumination, en suçant toujours ses doigts.

La *rumination* se produit au bout d'un temps assez variable,

quelquefois cinq minutes, d'autres fois une heure et plus après le repas. Elle arrive plus rapidement lorsque le repas s'est composé des mets favoris de l'enfant; en moyenne, il faut compter vingt minutes avant le retour des aliments. Il est évident pour nous que le malade sent arriver le moment où la régurgitation va se produire; car alors il cesse de téter ses doigts, se recueille, penche la tête sur le sternum; puis il la porte en avant, allonge le cou et fait un appel d'air qu'il introduit évidemment dans l'estomac, car on voit fort bien le mouvement de déglutition : il provoque ainsi *toujours* une éructation très sonore, immédiatement suivie d'une seconde, accompagnant les aliments qui remontent alors en produisant un bruit de gargouillement. Ajoutons qu'entre ces deux éructations, il avait légèrement contracté la paroi abdominale (tension des droits antérieurs, dépression des fosses iliaques), le thorax restant d'ailleurs absolument immobile. Tous ces faits se passent presqu'instantanément, en quelques secondes, et l'on ne peut guère les observer qu'en s'y prenant à plusieurs reprises. Notons encore que jamais nous n'avons remarqué de nausées, ni aucun phénomène d'effort; la face reste la même, et la respiration ne subit pas de modifications appréciables ni dans son rythme, ni dans sa fréquence.

Les aliments remontent alors dans la bouche, non pas en masse, mais plutôt, croyons-nous, d'une façon successive. Car, à ce moment, l'enfant penche le thorax en avant en tendant le cou, gonfle les joues, ferme les yeux et la bouche, devant laquelle il met même souvent sa main, et il se passe un temps appréciable, pendant lequel on entend distinctement le bouillonnement des aliments qui remontent, avant que la bouche soit ouverte et que la mastication commence. Ce temps doit correspondre au trajet du bol alimentaire depuis le cardia jusque dans la cavité buccale.

Une fois tout le bol alimentaire revenu dans la bouche, Gr... se renverse sur sa chaise, gesticule, tape des mains, rit aux éclats. Puis la mastication commence: elle est généralement assez longue, surtout pour les premières bouchées, et dure quelquefois quatre à cinq minutes pour la même. Les bouchées qui remontent les dernières sont à peine mastiquées et sont, pour ainsi dire, ravalées de suite. Pendant ce temps, l'enfant manifeste le plus grand plaisir, et il interrompt même souvent la mastication par un rire prolongé. Pas de mouvements de latéralité de la mâchoire. Une fois mâchés suffisamment, les aliments reprennent le chemin de l'estomac et une nouvelle bouchée ne tarde pas à remonter.

Le bol alimentaire qui remonte ainsi comprend généralement dans sa composition une partie de tous les aliments qui ont formé le repas; cependant ce sont toujours les viandes qui dominent, le pain et les légumes sont en moindre quantité. Cela est très facile à constater, du moins au début, car, à la fin de la rumination,

l'aspect de la masse alimentaire qui remonte rend toute distinction impossible.

Cet aspect change, en effet,à mesure que la rumination s'avance. Les premières bouchées se composent de matières presqu'intactes et ne portant aucune trace de mastication antérieure. A mesure que la rumination se fait, ces matières primitivement solides ne remontent plus dans la bouche qu'à l'état de hachis et plus tard se présentent enfin sous l'aspect d'une pâte chymeuse.

Les intervalles des gorgées varient aussi suivant le moment de la rumination. Au début, Gr..., après avoir mâché très longtemps les aliments revenus dans sa bouche, finit par les avaler de nouveau. Puis immédiatement il provoque une éructation et la gorgée suivante remonte de suite sans intervalle appréciable. Au contraire, à mesure que la rumination tire à sa fin, les gorgées s'espacent de plus en plus et les dernières sont quelquefois séparées par un intervalle d'une demi-heure. En même temps nous avons remarqué que la durée de la mastication était abrégée pour chaque bouchée et que les dernières étaient avalées presque de suite après deux ou trois mouvements des mâchoires. D'un autre côté, les efforts des muscles abdominaux, déjà faibles au début, sont encore moins appréciables à la fin de la rumination et passent souvent même inaperçus; les éructations manquent aussi souvent à cette période.

La *durée* de la rumination ainsi que le *nombre des gorgées* est très variable. Parfois, le nombre des gorgées peut arriver à la trentaine et la rumination durer d'un repas à l'autre. D'autres fois il n'y a que deux ou trois régurgitations et, au bout d'une demi-heure, tout est fini. Nous avons observé que la durée la plus habituelle de la rumination était de *une heure et demie à deux heures* et le nombre des gorgées de douze à quinze. Cette différence de durée de rumination peut tenir à une foule de causes, et nous avons vu que, chez le sujet actuel, la rumination était plus lente à se produire et durait moins longtemps, si l'on contrariait l'enfant, si on changeait ses habitudes, si on lui donnait à manger des mets dont il était peu friand ou s'il était indisposé.

La rumination suit tous les repas, aussi bien le déjeuner que le dîner, et se présente toujours sous le même aspect. Sa durée ne subit pas non plus de modifications sensibles. Après la soupe du matin, l'enfant rumine encore le plus souvent ; mais alors il n'y a guère que deux ou trois gorgées qui remontent. La rumination est, dans le cas actuel, un fait habituel et il est rare qu'elle manque après un repas. Pourtant, depuis un an, ce fait, jadis inconnu, se présente quelquefois.

Toutes les substances ingérées sont ruminées. Néanmoins il en est quelques-unes dont l'ingestion semble favoriser et prolonger la rumination. Ce sont, d'ordinaire, les substances solides, les viandes,

surtout les *viandes* rôties, et, parmi les légumes, les pommes de terre : nous avons dit plus haut que c'était là les mets favoris de G... Les soupes sont ruminées aussi, mais d'autant plus facilement qu'elles sont plus épaisses; et il arrive souvent que les potages liquides ne sont pas ruminés. Dans tous les cas, ces aliments sont *ruminés de suite* et ne remontent plus après l'ingestion des autres substances qui composent le repas. Parmi les liquides, c'est le lait qui remonte le plus facilement; les boissons en général ne sont pas ruminées, d'ailleurs l'enfant souvent ne boit pas. Cependant lorsque les liquides sont *ingérés en grande quantité* et *coup sur coup*, ils reviennent presqu'*immédiatement* dans la bouche; ou bien même sont rejetés instantanément dans le gobelet, puis ravalés de nouveau.

La rumination s'exécute aussi bien dans la *position assisé* que dans la *station debout*. Le *décubitus dorsal* la suspend un moment; mais elle ne tarde pas à reprendre comme auparavant. Il se produit aussi quelquefois une suspension momentanée, lorsqu'on cherche à distraire l'enfant et à occuper son attention. Dans tous les cas, la rumination se fait avec plaisir et chaque régurgitation est généralement suivie d'un accès de rire bruyant. *Jamais l'enfant n'a de vomissements* et ne rejette ses aliments. Il arrive parfois qu'il prend dans la main la bouchée qui vient de remonter : il fait alors un espèce de triage avec ses doigts, jette ce qui lui déplaît, par exemple les tendons... mais remet dans sa bouche le reste qu'il mâche et avale ensuite.

Ajoutons, pour terminer, que l'enfant ne souffre nullement du mérycisme, que la santé générale est excellente et que son *poids* a augmenté de 2 kil. 300 de juillet 1881 à juillet 1883, et la taille de 11 centimètres.

La *pepsine*, administrée d'abord à la dose de 50 centig., puis de 75 avant chaque repas, n'a pas produit de modifications sensibles sur le mérycisme. Le premier jour, il ne s'est produit ni le matin ni le soir; le deuxième jour, il a manqué aussi le matin; et l'enfant n'a ruminé le soir que deux gorgées après sa soupe, rien après le repas. Le troisième jour, il n'a ruminé que deux fois le matin, une heure après le repas; le soir, il n'a pas ruminé. Le jour suivant, le mérycisme a repris comme d'habitude et n'a plus présenté aucune modification.

Sans insister à propos de cette observation sur les caractères particuliers de l'idiotie, l'hérédité, etc., nous signalerons l'*état de délâbrement* du système dentaire qui n'est pas sans doute sans influer beaucoup sur la production du mérycisme par suite des *troubles de mastication* qui en résultent; puis la *voracité*, très marquée chez Gr... D'ailleurs, cet enfant étant un type parfait de mérycole, on trouve, nettement indiqués

chez lui, les phénomènes qui peuvent servir à expliquer le mécanisme de l'acte en même temps que la description de l'acte lui-même. La plupart de ces faits se retrouvent dans les observations précédentes, ainsi que dans celle que nous allons rapporter.

OBSERVATION XXXI. — *Idiotie*; *épilepsie*. — *Mérycisme*; *voracité*.— *Influence des accès épileptiques sur le mérycisme*.—*Santé générale bonne*. — Juven.. (Ferdinand-Albert-Philippe), né à Paris le 2 juillet 1872, est entré le 20 octobre 1877 à Bicêtre. (Service de M. BOURNEVILLE.)

Antécédents.—*Renseignements fournis par le père* (24 octobre 1879). —*Père*, quarante et un ans, forgeron, vigoureux et bien portant; pas d'excès de boisson, aurait eu à dix-huit ans « un coup de sang » et le « sang brûlé ». Pas de syphilis. [*Père*, soixante-dix-huit ans, receveur d'octroi, bien portant. Pas de maladies nerveuses, excès de boisson. — *Mère*, morte subitement à cinquante-neuf ans de la rupture d'un anévrisme : « C'était une femme bien sage. » Aucun antécédent nerveux. Deux *frères* bien portants, mariés, ont quatre et sept enfants tous bien portants, n'ayant jamais eu de convulsions.]

Mère, quarante-deux ans, lingère, intelligente, assez forte, asthmatique, facilement irritable; elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs.—Pas de névralgies, de migraines; variole grave en 1870. Pas de dermatoses. [*Père*, mort d'une inflammation d'intestin : aucun excès, pas de maladies nerveuses. — *Mère*, bien portante, intelligente, pas de maladies nerveuses. Trois *sœurs* bien portantes ont des enfants très bien constitués : un seul, âgé de sept ans, a une tête très grosse, mais est intelligent : il louche et a eu des *convulsions*. Un cousin germain est mort fou à l'asile de Nantes.]

Pas de consanguinité.

Deux enfants : 1° notre malade; 2° une fille, bien constituée, morte à cinq semaines d'une diarrhée cholériforme.

Notre malade. Pendant la *grossesse*, à cinq mois, la mère a eu une *peur* si violente qu'elle s'est trouvée mal sur le coup et n'a repris ses sens qu'au bout d'un quart d'heure. *Accouchement* à terme, facile. Elevé au sein par sa mère jusqu'à ving-six mois. Rougeole à quatre mois; vacciné, pas de variole. — A trois ans, contusion violente de la tête à la suite d'une chute; croup à cinq ans. — A sept semaines, on a remarqué des petites *secousses* dans les bras avec des *crispations* dans les mains et des mouvements dans les yeux. Il fut soigné pendant cinq ans par le bromure de potassium; les *accès* sont allés en augmentant jusqu'à l'entrée. Le minimun des accès en vingt-quatre heures était de sept à huit, et le maximun de trente. A un moment, il y eut une période de trois mois qui se

passa sans accès et pendant laquelle il maigrit beaucoup. Les accès sont diurnes et nocturnes; pas d'étourdissements. Juv... n'a jamais prévenu. Il n'a marché qu'à quatre ans, n'a jamais parlé, a toujours gâté. Pas d'ophthalmies, d'abcès, de dartres, de croûtes dans les cheveux; un abcès sur le côté droit du cou dont la cicatrice reste visible. *Onanisme* fréquent: on était obligé de lui attacher les bras.

Il a commencé à *ruminer* à dix mois, après avoir mangé ou bu. Il avalait ses aliments de suite, gloutonnement; pas de salacité. On n'avait jamais vu de ruminants dans la famille.

Etat actuel (août 1882).— *Tête* très volumineuse, développée dans sa partie postérieure, saillie très prononcée de l'occipital au niveau de la protubérance. La calotte crânienne est plate et semble taillée suivant un plan incliné de droite à gauche. *Front* bas et étroit; bosses frontales saillantes; au-dessous d'elles, dépression assez marquée. Pas de saillie des arcades sourcilières : la partie gauche du front paraît un peu plus déprimée que la droite. Circonférence de la base, 50 centimètres; d'une oreille à l'autre, 30 ; diamètre antéro-postérieur (compas Budin), 16,3 ; diamètre bi-pariétal, 14,2 ; diamètre bi-temporal ; 12. *Face* ronde, symétrique. *Yeux* : iris gris brun, pupilles normales, égales et contractiles, pas de strabisme, ni de conjonctivite. — *Nez* petit; *bouche* moyenne, lèvres peu épaisses. Voûte palatine assez large, profonde, symétrique ; voile du palais, amygdales, luette, piliers réguliers et symétriques. *Maxillaire supérieur*, régulier et symétrique. Les deux incisives médianes sont larges et dentelées : la canine droite, la canine gauche et la première molaire gauche manquent. Les deux petites molaires droites sont cariées jusqu'à la gencive. — *Maxillaire inférieur*, régulier et symétrique : la deuxième molaire gauche est détruite.

Oreilles grandes, séparées de la tête, bien ourlées; lobule détaché.

Cou court : cicatrice d'abcès ganglionnaire sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien gauche; pas de glandes.

Thorax bien conformé, colonne vertébrale rectiligne. *Abdomen* souple, sans développement exagéré.

Membres supérieurs bien conformés, assez gros; doigts longs.

Membres inférieurs. — Pas de traces de rachitisme, rectilignes, assez musclés; doigts longs; voûte plantaire normale.

Organes génitaux : testicules descendus; verge normale; prépuce long, sans phimosis.

Peau. Cheveux châtain foncé très abondants; sourcils, cils longs et fournis. Pas de poils aux aisselles, au pubis, ni sur les membres. Pas de ganglions au cou, aux aisselles, ni aux aînes.

Sensibilité générale intacte; sens spéciaux obtus.— Rien au *cœur* ni aux *poumons*.— Langue bonne; appétit conservé; *rumination*. — *Selles normales*, *pas de vomissements*, pas de dilatation stomacale. — *Foie* et *rate* normaux. — *Poids*, 23 kil. 600; *taille*, 1 mètre 16.

Cet enfant marche très bien, grimpe partout, mais ne sait pas descendre les escaliers. Il est toujours en mouvement, court après les feuilles, tourne dans les cours en secouant ses mains, ou en les tapotant l'une contre l'autre et en poussant de petits cris : « Euh! euh! » ou en soufflant! Lorsqu'il aperçoit une porte ouverte il sort sans savoir où il va aller et sans idée du danger, s'il y en a. Il aime à clapoter dans l'eau et à pousser les cailloux avec ses pieds. Parfois colère, surtout quand on le débarbouille, quand on lui coupe les cheveux. Bave, balancement, suce rarement ses doigts; a plutôt l'habitude de les mettre dans ses oreilles. Il est vorace, gourmand et voleur; pas de salacité; gâtisme; onanisme persistant. Il ne sait ni se laver, ni s'habiller, ni se déshabiller. *Parole* nulle : ne dit que « papa, maman ». Il ne comprend rien et ne fait même aucun signe. Il reconnaît maintenant son père et sa mère, ce qu'il ne faisait pas à l'entrée. Il est caressant, et paraît affectionner d'une façon particulière l'enfant Perrin qui s'occupe un peu de lui. Il est impossible de fixer son attention.

L'*épilepsie* se traduit chez lui par des *accès* et des *vertiges* : en 1880, il a eu 132 accès et 45 vertiges; en 1881, 286 accès et 512 vertiges; en 1882, 347 accès et 142 vertiges; en 1883, 396 accès et 67 vertiges. Il a eu, en janvier 1881, une *rougeole* qui a duré six semaines et pendant laquelle il n'a eu aucune manifestation épileptique. (Voir *Progrès médical*, 2 septembre 1882, p. 663.) (*Fig.* 1) [1].

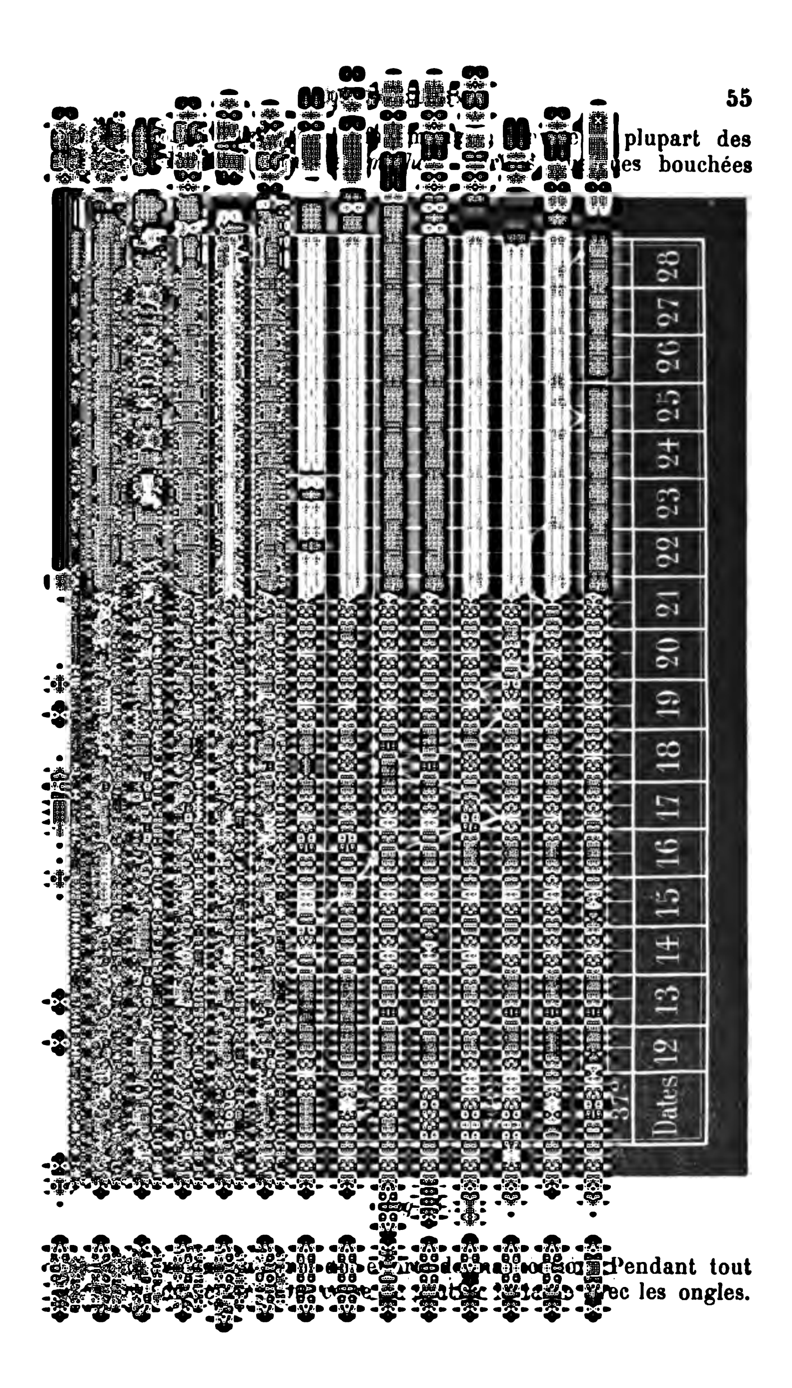
Description des accès [2]. Chez cet enfant, les grands accès eux-mêmes n'ont jamais une grande intensité. Le plus ordinairement, il pousse un cri, penche le dos en arrière, tend la tête et les bras en avant; les pieds et les mains sont dans l'extension et la rotation en dedans. En même temps les globes oculaires sont tournés en haut et la bouche est largement ouverte. (Période tonique.) Petites secousses tétaniformes dans les membres, mais surtout dans les paupières; puis secousses cloniques généralement de peu d'étendue et de durée : elles sont quelquefois moins prononcées à droite. Ronflement, bave sanguinolente, émission d'urine; sommeil. Les accès se produisent surtout après les repas.

J... ne sait pas manger seul. Il est *très vorace*. Sitôt que son repas est devant lui, il se saisit du pain qu'il se met à manger tout d'abord; puis il prend les autres aliments à pleine main, même les bouillies, et les porte à sa bouche en en laissant tomber la plus

[1] Voir aussi : Bourneville et Bonnaire. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*, compte rendu du service pendant 1881, p. 97.

[2] Comme le lecteur l'a sans doute remarqué, nous continuons à donner dans nos observations la *description des accès*, afin d'arriver bientôt à racer un tableau aussi exact que possible des diverses variétés d'accès épileptiques.

… plupart des … es bouchées



… Pendant tout … ec les ongles.

Il ne manifeste pas de répugnance pour les liquides; néanmoins, la plupart du temps il boit peu, et finit à peine sa portion de vin. Il lui arrive souvent de prendre avec sa main ce qui se trouve dans l'assiette des voisins; mais ces emprunts sont toujours faits *au hasard* et sans distinction d'aucun mets, différent en cela de Gr... qui, lui, ne vole jamais que la viande. Il n'a de préférence pour aucun aliment.

Cet enfant, qui d'ailleurs est toujours très remuant, n'a pas plutôt fini ses repas qu'il se met à courir de tous côtés en tapant dans ses mains et en poussant ses cris habituels. Il ne reste assis que si on le place sur une chaise basse : mais, même dans ce cas, il se balance la plupart du temps en soufflant bruyamment et en agitant ses mains. Lorsqu'il reste par hasard tranquille, il se penche en avant, met l'index de chaque main dans l'oreille correspondante et demeure ainsi quelques minutes, puis reprend son balancement. Il ne suce ses doigts que très rarement; il ne cesse de baver.

La rumination met toujours un certain temps avant de se produire et ce n'est, en général, que 35 ou 40 minutes en moyenne après le repas que la première régurgitation se produit. A ce moment, il allonge le cou, penche un peu la tête, *provoque une éructation*, qui est suivie du rejet des aliments qui remontent *avec bruit* dans la bouche. Ces phénomènes sont constants. Chez cet enfant les efforts sont encore moins marqués que chez Gr... et même en l'observant avec attention et à plusieurs reprises nous n'avons noté ni grande inspiration, ni mouvements du thorax, mais seulement *parfois une légère ondulation de la paroi abdominale*. La respiration est régulière, le visage reste le même et l'enfant interrompt à peine son balancement ou sa promenade. Parfois il demeure quelques secondes la tête penchée en avant, les joues gonflées, semblant attendre que toute la gorgée soit revenue. Alors il la retourne dans sa bouche comme s'il se gargarisait, fait à *peine trois ou quatre mouvements de mastication* et la ravale de suite. Pas de mouvements de latéralité.

Il nous a été impossible de reconnaître ici l'ordre de retour des aliments et leur état au commencement et à la fin de la rumination. Cet acte s'accomplissait toujours la bouche fermée et à chaque tentative que nous avons faite pour l'ouvrir, J... avalait précipitamment ce qu'il avait dans la bouche, de telle sorte que nos efforts sont restés infructueux.

Au début de la *rumination*, les gorgées ne sont guère séparées que par un intervalle d'une minute; mais, à mesure qu'elle s'avance, *cet intervalle augmente*, et peut, à la fin, atteindre trente minutes et plus. A ce moment, il est impossible de saisir la moindre trace d'effort; d'un autre côté, la mastication, toujours peu longue même au début, ne se fait plus et les bouchées sont ravalées instantanément.

Il est assez difficile, dans le cas actuel, d'être fixé sur la durée précise de la rumination et le nombre des gorgées. En effet, Juv... a très souvent, après ses repas, des accès épileptiques qui interrompent toujours la rumination et l'empêchent même de se manifester lorsqu'elle n'est pas commencée. Lorsque ce contre-temps ne se produit pas, nous avons observé que la moyenne des gorgées était de douze à quinze et que la durée de la rumination variait d'ordinaire entre une heure et demie et deux heures.

La rumination suit aussi bien le dîner que le déjeuner et se présente toujours sous le même aspect. Cependant il arrive assez souvent que, même en dehors des accès d'épilepsie, l'enfant ne rumine pas après un repas, qui alors est toujours celui du soir; d'autres fois, mais plus rarement, la rumination manque toute une journée. Ce fait ne s'est montré que cette année.

Toutes les substances ingérées sont également ruminées; cependant ce sont toujours les matières solides qui le sont le plus. Les liquides ou les potages ne le sont pas constamment, et, s'ils reviennent, ce n'est qu'un petit nombre de fois et de suite, après leur ingestion, avant que l'enfant n'ait pris le reste de son repas. La rumination ne paraît provoquer aucun dégoût. Juv. . . rumine également bien, assis ou debout. Le décubitus dorsal ne fait que suspendre momentanément les régurgitations. Jamais les aliments ne sont rejetés au dehors.

Le mérycisme semble être ici un acte physiologique : l'enfant a belle apparence, sa santé est bonne; son poids a augmenté de 6 kil. 200 depuis le mois de janvier 1880 jusqu'au 31 décembre 1883 et sa taille de 13 centimètres. Poids fin décembre, 25 kil. 500; taille, 1 mètre 20.

La *pepsine*, à la dose de 50 centigr., puis 75 centigr., avant chaque repas, n'a donné aucun résultat.

Nous noterons encore, dans ce cas, un fait que nous avons déjà signalé dans le précédent: le mauvais état des dents. D'un autre côté, la voracité, ainsi que tous les autres caractères de la rumination, se retrouvent ici, moins marqués, il est vrai, que chez Gr..., mais pourtant très évidents.

Les aliments, une fois revenus dans la bouche, sont soumis à une *seconde mastication*, généralement longue et consciencieuse. A ce propos, Burgower avait signalé chez les mérycoles des mouvements de latéralité de la mâchoire. On ne les a notés nulle part et nous ne les avons pas observés chez nos idiots. Quoi qu'il en soit, cette seconde mastication, complète au début de la rumination, est moins longue à mesure que l'acte s'avance et les dernières bouchées sont presque avalées de suite

après leur régurgitation. Cela peut s'expliquer assez facilement si l'on considère l'*état* des aliments qui remontent au commencement et à la fin de la rumination. Dans le premier cas, en effet, ils reviennent presque intacts ; c'est alors qu'intervient énergiquement la mastication ; plus tard ils ne se présentent plus que sous l'aspect de hachis ou même de pâte (Obs. XXI, XXVIII, XXIX, XXX) et l'on conçoit dès lors qu'ils nécessitent bien moins le secours des dents.

Quant au *mode de retour des aliments*, le résultat de nos recherches ne concorde pas avec ce que nous trouvons dans les Observations VI, VII, XVII où il est dit que les aliments reviennent dans l'ordre où ils ont été ingérés. Nous avons toujours vu les aliments ingérés, du moins les solides, entrer tous à la fois dans chaque gorgée ; quant aux liquides, s'ils remontaient, c'était de suite après l'ingestion, à condition, toutefois, que le malade ne mangeât plus rien après.

L'*intervalle qui sépare les gorgées* varie aussi aux différents moments de l'acte. Presqu'insensible au début, il va toujours en augmentant à mesure que la rumination progresse. Rossier avait signalé cette particularité. (Obs. XXVIII.)

Les considérations qui précèdent nous montrent, en somme, qu'on peut distinguer dans l'acte de la rumination deux périodes : dans la première, tous les phénomènes sont plus accusés, contractions abdominales, éructations, mastication ; le nombre des régurgitations est plus grand, leur intervalle très court. A ce moment, les aliments reviennent intacts. Dans la seconde période, qui partirait du moment où les substances qui remontent prennent l'aspect d'une pâte, les contractions, les éructations sont à peine sensibles, les bouchées sont avalées de suite presque sans mastication et ne reviennent plus qu'à de longs intervalles.

L'*espace de temps* qui s'écoule entre le repas et la rumination, la *durée* de celle-ci, le *nombre des gorgées* sont bien difficiles à déterminer d'une façon générale, car elles varient suivant les sujets et même chez un seul sujet. — L'apparition du mérycisme, qui se fait tantôt quelques minutes, tantôt une heure après le repas, peut être retardée par la volonté, ou accélérée par l'ingestion d'une grande quantité de liquides (Obs. VI, VII) ou même d'aliments solides flattant le goût du sujet. Cette dernière cause peut influer aussi sur le nombre des gorgées, et

partant, sur la durée de la rumination. (Obs. XXVIII et XXX.) Cette durée, qui est en moyenne de une heure ou deux, nous a paru varier très peu suivant les repas, contrairement à ce que Rossier avait observé chez son malade. (Obs. XXVIII.) En revanche, elle peut être modifiée par la position que l'on donne au sujet. La majorité des mérycoles ruminent debout ou assis; si on les place dans le décubitus dorsal, on arrête momentanément la rumination qui reprend plus tard, et l'on conçoit que la durée s'allonge en proportion. (Obs. XXIX et XXX.) Il en est de même de l'influence de l'attention. Des causes analogues peuvent produire un effet contraire. Ainsi, chez Juv.., les accès d'épilepsie abrégeaient toujours la durée de la rumination qui cessait avec l'accès. Mais quelle que soit la durée de la rumination, il est un fait constant, c'est l'absence de dégoût et souvent même le *plaisir* qui l'accompagne. Ce point est signalé dans toutes nos observations, sauf une seule. (Obs. XII.)

Il est encore une cause à laquelle Cambay attribuait une grande influence sur la durée de la rumination, c'est la *digestibilité* des aliments. On est maintenant d'accord pour dire qu'un aliment est plus digestible qu'un autre, quand il cède ses parties chymifiables plus promptement que cet autre, quel que soit du reste le lieu où s'opère la dissolution, que ce soit l'estomac ou l'intestin. Mais ce n'est pas absolument dans ce sens que Cambay emploie le terme digestibilité, et il ne l'apprécie que par le séjour plus ou moins long que l'aliment fait dans l'estomac. Dès lors, les aliments dits *lourds,* ceux dont le séjour dans l'estomac est plus long, seraient ruminés plus souvent et plus longtemps que les aliments dits *légers*. Cela est, en somme, très facile à comprendre et nous avons vu quelque chose de semblable dans l'Observation XXX, où la majeure partie des bouchées qui remontaient était formée de viande. Les légumes étaient en très petite quantité. Quoi d'étonnant à cela? Nous savons, en effet, que si on donne à un animal, dans un même repas, de la viande et des végétaux, l'estomac retient la première et laisse passer les seconds dont il n'a que peu de substances nutritives à extraire. Or, l'estomac étant le siége de la rumination, on conçoit aisément que les matières, destinées à subir plus longtemps la digestion stomacale, doivent chez un mérycole revenir à la bouche plus longtemps et aussi plus souvent.

Suivant Percy et Laurent, cette sélection des aliments s'expliquerait par les mouvements péristaltiques de l'estomac, plus

sensibles sur certains points, et agissant sur les matières qui correspondent à l'endroit où l'agitation est la plus marquée. Cette explication nous paraît une simple hypothèse et nous préférons adopter la précédente, beaucoup plus physiologique. C'est ainsi que nous pourrons nous expliquer comment les potages liquides et les boissons sont toujours, chez nos malades, ruminés dans un temps très court après l'ingestion et ne reviennent jamais après le repas. Ces substances, n'ayant besoin que d'une digestion stomacale très courte, passent rapidement dans l'intestin et, par suite, sont soustraites à l'action du mérycisme.

Cependant, il est des cas très bizarres où ce sont ces substances *seules* qui sont ruminées. Nous avons vu souvent les liquides en grande quantité favoriser la rumination, mais sans être ruminés eux-mêmes ou ne l'être qu'après une ingestion très copieuse. Nous avons signalé, d'un autre côté, des faits de *mérycisme partiel,* par exemple, l'OBSERVATION VII, où le vin, la bière, le cidre, le jus des fruits, les médicaments ne remontaient jamais à la bouche. Nous allons maintenant rapporter trois cas que nous avons observés à Bicêtre où le *mérycisme ne porte que sur les liquides sans qu'il soit besoin de les prendre en grande quantité.*

OBSERVATION XXXII. — *Idiotie, épilepsie. — Tics, tournoiement, mérycisme partiel (liquides). — Secousses : traitement par le curare. — Obstruction du larynx par un morceau de viande : mort. — Autopsie.* — Vau... (Ernest-Joseph), né le 11 février 1872 à Paris, est entré le 25 mai 1878 à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents. — Renseignements fournis par sa mère (16 août 1880). *Père* : quarante-trois ans, petit, mais bien portant ; pas d'excès de boisson, nerveux, impressionnable ; pas de migraines, quelques névralgies dentaires. [*Père* : pas d'excès alcooliques, ni d'affections nerveuses. — *Mère* : asthmatique, morte à soixante ans d'une fièvre typhoïde ; impressionnable, pas d'attaques de nerfs. — Un frère est mort jeune, de *convulsions.* — Pas d'aliénés, d'épileptiques, de difformes].

Mère, quarante ans, petite, très nerveuse ; pas d'attaques de nerfs, de migraines, de névralgies ; pas de strabisme. Elle a eu pendant deux mois, après sa quatrième couche, des *idées tristes* et de *suicide.* Elle souffre de calculs biliaires. Intelligence ordinaire. — [*Père* : mort phthisique à cinquante-trois ans, après avoir eu le choléra ; aucun excès. — *Mère* : morte à soixante-deux ans d'un cancer utérin. — Un *frère* bien portant ; un autre est mort tout

jeune de la cholérine et un troisième de la coqueluche; enfin une *sœur* a succombé à une fièvre typhoïde. Pas d'accidents nerveux dans la famille. — Pas de mérycoles du côté du père ni de la mère.] *Pas de consanguinité.*

Six *enfants*: deux filles mortes de bronchite, l'une à sept mois et demi, l'autre à dix-sept mois; pas de convulsions, bien conformées. Deux garçons *jumeaux*[1]: l'un est mort à trois jours de *convulsions*, l'autre est notre malade. — Un garçon, bien conformé, mort à treize jours, sans convulsions, d'un « épanchement au cerveau ». — Une fille de trois ans et demi, bien portante, intelligente; n'a pas eu de convulsions, est très peureuse.

Notre malade. Grossesse accidentée par une chute à cinq mois, et une peur à sept mois et demi. — *Accouchement* à terme, facile. Elevé au biberon par sa mère jusqu'à trois ans. Dès la naissance, on remarqua que « les yeux se tournaient »; à deux mois, il a eu, pendant vingt et un jours, des *convulsions* semblables à celles qu'il a aujourd'hui et durant cinq à six heures par jour. A la suite, on s'est aperçu qu'il avait une *paralysie du côté gauche*; on assure que « *les mouvements étaient pareils des deux côtés* ». Le *pouce gauche est resté contracturé* dans la paume de la main, pendant six mois. Rien de semblable à droite; il ne s'est jamais servi du bras droit pendant près d'un an. A partir de là, il a eu des *crises* quotidiennes, la nuit et le jour. En 1876, il est resté six mois sans en avoir, après avoir pris du bromure de potassium; puis elles sont revenues plus fortes.

V... a marché à quatre ans, tout d'un coup. Après ses accès, il traînait la jambe gauche pendant une demi-heure. Il a parlé à cinq ans, mais ne prononçait bien aucun mot; chantonnait les airs qu'il entendait. Pas d'accidents scrofuleux, pas de maladies antérieures.

Il ne portait attention à rien, n'a jamais rien appris, n'a jamais su s'habiller, ni se déshabiller. Il avait de nombreux tics, faisait continuellement des grimaces; très entêté, coléreux; pas gourmand ni salace; ne suçait pas ses doigts, flairait toujours ce qu'on lui donnait et le rejetait si l'odeur ne lui plaisait pas; il affectionnait les aliments solides. On prétend qu'il n'a jamais ruminé à la maison (?). — Il n'a jamais été propre; cependant il urinait seul dans une terrine. Affectueux, reconnaît ses parents. Le nombre des accès a été de vingt-neuf en 1879; trente-cinq en 1880; vingt-huit, en 1881; trois en 1882; trois de janvier à mai 1883; jamais de vertiges. Rougeole en janvier 1881 (V. *Progrès médical*, 1882, p. 720, et Bourneville et Bonnaire, *loc. cit.*, p. 105.)

Etat actuel (août 1882). — *Tête* régulière et symétrique, en forme

[1] Contrairement à ce qu'on observe en général, il n'y aurait pas eu, ici, de jumeaux ni dans la famille du père, ni dans celle de la mère.

de pain de sucre : les bosses sont à peine marquées. L'occipitale ne fait aucune saillie et, de ce côté, la tête paraît plate et taillée suivant un plan vertical.

Front bas, étroit, proéminent, sans saillies des bosses frontales; pas de dépressions latérales; arcades orbitaires peu marquées : circonférence de la base 47 centimètres 1/2; diamètre antéro-postérieur (compas Budin) 15,2; diamètre bi-pariétal, 14; diamètre bi-temporal, 11 1/2.

Visage rond, peut-être un peu plus large en bas, symétrique. *Yeux* caves; iris gris brun, pupilles contractiles, égales; pas de strabisme, ni de conjonctivite. — *Oreilles* grandes, bien ourlées, lobule semi-adhérent. — *Nez* court, un peu large, très déprimé à la racine.

Bouche moyenne, lèvres épaisses. Voûte palatine, très profonde, assez étroite, symétrique. Voile du palais, amygdales, luette, piliers réguliers et symétriques. Maxillaires inférieur et supérieur symétriques. Dents bien rangées, saines; la deuxième petite molaire supérieure droite seule est cariée. La partie inférieure de la face est très saillante.

Cou court, sans traces de scrofule; *thorax* régulier, colonne vertébrale rectiligne.— *Abdomen* très développé et saillant.

Membres supérieurs grêles, mais bien conformés; mains petites, doigts longs, ongles intacts malgré la succion.— *Membres inférieurs* maigres; légère concavité des tibias dans les deux tiers inférieurs. *Orteils* longs; voûte plantaire normale.

Organes génitaux : verge petite, prépuce très long; phimosis. On ne sent pas les testicules dans le scrotum.

Peau: *cheveux* chatain-clair assez fournis; poils follets jusque dans le milieu du dos; sourcils peu abondants. Pas de poils aux aisselles, ni sur les membres, ni au pubis. — Trois cicatrices de vaccin sur l'insertion inférieure du deltoïde droit, deux sur le deltoïde gauche. — Un *névus* de la grosseur d'une lentille, avec quelques poils, sur le tendon d'Achille gauche.

Rien au *cœur*, ni dans les *poumons*. Langue bonne, appétit bon; *foie* et *rate* normaux; pas de dilatation stomacale; selles régulières. — *Sensibilité générale* intacte. *Sens spéciaux* assez obtus, même l'*odorat*.

V... est désobéissant, coléreux, parfois méchant, frappe et pousse ses camarades; suce ses doigts, ne bave pas, ne se balance pas; gâtisme; onanisme la nuit, jamais le jour. V... ne parle pas, mais répète tout ce qu'il entend, paroles ou airs de musique; il cause et chante continuellement, et cela sans aucune suite. On l'a surnommé *Coco*, parce qu'il répète toujours « Coco à maman ». Il joue avec des boutons et en a constamment dans les mains, même en mangeant. Il ne reste jamais en repos; grimace continuellement, fermant les yeux, agitant la main devant l'œil gauche, remuant la

bouche, tournant la tête; souvent il gonfle les joues, remue la bouche comme s'il se gargarisait et souffle bruyamment. Lorsqu'il est debout, il lui arrive souvent de *tourner sur lui-même* pendant longtemps.

Il n'est pas gourmand, ni salace; *vole quelquefois le vin* de ses voisins, jamais la viande. Il conserve toujours la même place à table et pleure si on le met ailleurs. Il mange assez proprement seul, avec la cuiller: il flaire ses aliments et souffle toujours dessus avant de les porter à sa bouche. Il mange très lentement, mastique bien; tout en mangeant, il chante ou répète les mêmes phrases, joue avec ses boutons, fait des grimaces. Il boit seul, en mettant son gobelet du côté gauche de la bouche, regardant le contenu de l'œil droit. Il boit généralement d'un trait.

La *rumination* des liquides est loin d'être constante; lorsqu'elle se produit, la régurgitation se fait de suite après l'ingestion, sans effort, avec une *éructation;* l'enfant tourne les liquides deux ou trois fois dans la bouche et les ravale ensuite. Il y a quelquefois quatre ou cinq régurgitations successives. Les potages liquides remontent quelquefois et de la même façon. Les aliments solides ne sont jamais ruminés.

Il se passe quelquefois un grand nombre de repas sans que la rumination des liquides se produise. Souvent on est tenté de croire que l'enfant rumine, car il fait le geste de se gargariser en gonflant les joues; mais alors c'est un de ses tics, car ces mouvements n'ont pas été précédés d'éructations ni de régurgitations comme lorsque les liquides reviennent, et ils ne sont pas suivis de mouvements de déglutition. En outre, ils se produisent souvent longtemps après le repas, une heure et plus, c'est-à-dire à un moment où les liquides ne doivent plus être dans l'estomac : quelquefois même nous avons observé ce tic, alors que l'enfant était à jeun.

Au mois de décembre 1882, on remarque chez l'enfant de nouveaux accidents : par moments, tout le corps est agité par une *secousse*, et alors V... incline fortement la tête sur l'épaule droite. — On le soumet, pour ses secousses, au traitement par les *injections sous-cutanées de curare.*

24 *décembre.* Dix gouttes de la solution à 2/100 (1 centigr. de curare.)

26 *décembre.* Onze gouttes (11 milligr.).

31 *décembre.* Douze gouttes (12 milligr.).

1883. — 8 *janvier.* Les *secousses* semblent avoir diminué d'intensité et de fréquence.

6 *février.* Dix-neuf gouttes. Pas de modification appréciable. — 11 *février.* Vingt gouttes.

8 *mars.* Les *secousses* sont devenues plus rares; on injecte à ce moment douze gouttes de la solution à 4/100.

6 *avril*. Dix-huit gouttes de la même solution. Les *secousses* sont moins fréquentes et moins fortes.

15 *mai*. Huit gouttes d'une solution plus forte. — 18 *mai*. Neuf gouttes.

19 *mai*. Dix gouttes. Depuis le commencement du mois, le nombre des accès augmente après l'injection. V... a eu, paraît-il, un accès après lequel il est resté bleu pendant longtemps.

20 *mai*. Dix gouttes. Accès d'une durée plus longue que les précédents.

21 *mai*. Onze gouttes. L'injection a été faite vers onze heures, sans qu'on ait remarqué rien de particulier. L'enfant étant redescendu au réfectoire, est pris, en mangeant, d'un accès à la suite duquel il a paru s'assoupir. On s'est aperçu, dix minutes après, qu'il devenait bleu, qu'il respirait difficilement, et on l'a monté à l'infirmerie. La face est bleue, cyanosée, mais cette coloration est fréquente dans ses accès : la respiration est faible, anxieuse ; les mouvements respiratoires espacés, mais très réguliers. Pouls petit, filiforme; écume abondante, pas de stertor. Lotions vinaigrées, injection sous-cutanée d'éther, inhalations d'ammoniaque, sinapismes. On pratique la respiration artificielle : en ouvrant la bouche, on voit au fond de la cavité buccale, un gros morceau de viande qui obstruait le larynx. On l'enlève, l'enfant fait quelques mouvements respiratoires spontanés : ils cessent bientôt, et malgré la respiration artificielle, l'électrisation du diaphragme, une nouvelle injection d'éther, V... ne tarde pas à succomber.

En résumé, il semblerait : 1° que dans les derniers temps, la période de stertor se compliquait d'accidents asphyxiques; 2° que ces accidents se montraient surtout dans les accès qui suivaient de près l'injection du curare. Dans l'asphyxie mortelle, trois causes paraissent avoir agi : 1° l'asphyxie propre à l'accès; 2° peut-être l'injection de curare; 3° et surtout l'obstruction des voies aériennes par un corps étranger.

	POIDS.	TAILLE.
1879. Novembre	17 kil. 100	1 m. »
1880. Juin.	18 — »	1 m. 06
1881. Juin.	19 — 100	1 m. 10
1882. Juin.	19 — 900	1 m. 12
— Décembre.	19 — 400	1 m. 13
1883. Après décès.	19 — 400	

AUTOPSIE le 22 *mai*. *Crâne* arrondi, peu épais, symétrique. — *Liquide céphalo-rachidien* en quantité ordinaire. Congestion veineuse modérée de la *pie-mère*. — *Encéphale* : 1,145 gr. Les *artères de la base* sont symétriques : la *bandelette optique gauche* est un peu plus épaisse que la droite, le *tubercule mamillaire gauche* un peu

plus gros que le droit. Les *pédoncules cérébraux* paraissent égaux. L'*hémisphère droit* pèse 110 gr. de moins que le gauche, et est en arrière en retrait de 18 millimètres. Le *cerveau* est un peu mou, tremblotant, d'aspect gélatiniforme. Pas de lésions à première vue. Pas d'induration de la corne d'Ammon. Les *ventricules latéraux* et les *masses centrales* n'offrent rien de particulier à signaler.

Hémisphère cérébral gauche. — La *première circonvolution frontale* (F_1) est assez développée et sinueuse; ses sillons sont superficiels; elle a une seule insertion. — La *seconde circonvolution frontale* (F_2) est large, tassée, très irrégulière, son insertion a la forme d'une sorte de crochet. — La *troisième circonvolution frontale* (F_3) est comparativement beaucoup plus petite; elle est très sinueuse et envoie à la deuxième circonvolution un pli assez volumineux, remontant le long de la *frontale ascendante.* — Les sillons qui séparent les circonvolutions frontales sont peu profonds.

La *frontale ascendante* (*Fa*) est très irrégulière, coupée en deux par un sillon transversal, profond, entre les deux extrémités du crochet qui la rattache à F_2. Le sillon de Rolando est profond. — La *pariétale ascendante* est assez régulière, presque rectiligne, et se termine en pointe à son extrémité supérieure.

Le *lobule de l'insula* offre quatre digitations non bifurquées. — La *scissure de Sylvius* a une disposition normale. — Le *lobe occipital* n'a rien de particulier.

Les *plis pariétaux supérieur et inférieur* ont des sillons superficiels; le premier est assez gros; le deuxième irrégulier. — Le *pli courbe* est petit.

La *première temporale* est assez volumineuse et sinueuse. — La *scissure parallèle* est profonde. Les autres *circonvolutions temporales* sont irrégulières et en partie soudées.

Face interne. — La circonvolution frontale est volumineuse, bien plissée. — La circonvolution du corps calleux (*C. C.*) est assez grosse. — Le *lobe paracentral* est volumineux, présente deux sillons verticaux occupant les deux tiers de la hauteur; l'antérieur vient s'ouvrir dans le *sillon calloso-marginal*; le postérieur, dépassant le bord convexe de l'hémisphère, vient couper la partie supérieure de la frontale ascendante. — Le *lobe quadrilatère* est volumineux, irrégulier, plissé. — Le *coin*, le *lobe occipital* n'offrent rien de spécial. — La *circonvolution de l'hippocampe* (*C. H.*) est unie.

Hémisphère droit. — Les trois circonvolutions frontales sont très irrégulières. F_1, dans sa moitié antérieure, se compose de plis sinueux, transversaux et dans la moitié postérieure de deux plis longitudinaux, en partie confondus; son insertion, petite, se fait au fond du sillon qui la sépare de la frontale ascendante. Entre son extré-

mité postérieure et *Fa*, il existe sur le bord convexe de l'hémisphère une encoche d'un centimètre. D'une façon générale, cette circonvolution a la forme d'une hache dont le manche répondrait à la moitié longitudinale et la lame à la moitié transversale (antérieure). L'encoche, dont nous avons parlé, contraste avec l'insertion de la première circonvolution frontale gauche qui, elle, se fait de niveau et contribue à former le bord supérieur de l'hémisphère. — La *deuxième circonvolution frontale* est très sinueuse; en avant, elle se confond avec F_3 par trois plis de passage; elle se replie deux fois transversalement, décrit une double *S* et s'insère de niveau et largement sur *Fa*. — F_3 est beaucoup plus petite que F_1 et F_2; son extrémité postérieure est en retrait par rapport aux parties voisines. *Fa* est volumineuse et sinueuse. — Le *sillon de Rolando* est profond.

Toute la partie de l'hémisphère que nous venons de décrire et qui est située en avant du sillon de Rolando présente des circonvolutions qui ont un aspect extérieur normal, sont lisses, à bords arrondis; mais il n'en est plus de même de toute la portion de l'hémisphère postérieur au sillon de Rolando.

La *pariétale ascendante* est plissée, *comme chagrinée*; dans sa moitié supérieure, elle n'a que cinq à six millimètres d'épaisseur et dans sa moitié inférieure, trois à quatre millimètres. Ses trois faces sont ridées. — Les *lobules pariétaux*, le *pli courbe* sont également réduits dans leurs dimensions et ridées dans la portion qui correspond à la face convexe; ils le sont à peine sur les faces qui répondent aux sillons. Toutes ces circonvolutions ont des bords tranchants.

Toute la partie de la circonvolution d'enceinte de la scissure de Sylvius, comprise entre la base de la pariétale ascendante jusqu'à l'extrémité postérieure de la première temporale, ainsi que la seconde et la troisième circonvolutions temporales sont *très petites*, légèrement blanchâtres, lisses et tranchent, par conséquent, avec les *régions d'aspect chagriné*. — Le *lobe occipital* est peu volumineux. — Le *lobule de l'insula* présente trois digitations dont l'antérieure est bifurquée; les digitations postérieures ont le même aspect que la première temporale et, comme elles, ont subi un notable arrêt de développement.

Face interne. — La *circonvolution frontale* est bien développée, sinueuse. — Le *lobe paracentral* est très irrgéulier, petit; son sillon est vertical et s'ouvre dans le sillon calloso-marginal.—Le *lobe quadrilatère* est aussi irrégulier et atrophié. — La *circonvolution du corps calleux* est simple; un pli volumineux la relie à la circonvolution frontale. Le *coin* et le *lobe occipital* sont peu volumineux.

Des deux côtés, les *lobes orbitaires* n'offrent rien de spécial. — Voici les dimensions comparatives des deux hémisphères cérébraux :

	DROIT.	GAUCHE.
Longueur.	14 c. 5	16 c. »
Hauteur au niveau de *Fa* . .	9 c. 5	10 c. 5
Epaisseur au niveau du passage de *Fa* à *Pa*.	4 c. 5	4 c. 5

En résumé : *arrêt de développement de la partie postérieure de l'hémisphère droit.* — *Aspect chagriné* d'une partie des circonvolutions atrophiées; — pas de sclérose [1].

Hémisphères cérébelleux égaux. — *Cervelet* et *isthme*, 160 gr.

Cavité thoracique. — La *plèvre droite* présente une adhérence complète des feuillets : en un point de la cavité pleurale, on trouve une petite masse crétacée de la grosseur d'un noyau de cerise. Pas d'ecchymoses sous-pleurales. — *Larynx* normal, sans *autre* corps étranger; rien dans la trachée ni dans les bronches. — *Ganglions péribronchiques* volumineux et crétacés du côté droit. Le *poumon gauche* pèse 220 gr. et le droit 235; ils sont d'ailleurs normaux et ne présentent pas de tubercules. — *Cœur* : 130 gr.; il n'offre rien de pathologique. A l'orifice pulmonaire on trouve quatre *valvules sigmoïdes*, dont deux sont un peu plus petites que les autres; les plus grandes sont, du reste, moins développées que les valvules sigmoïdes aortiques qui sont au nombre de trois. Péricarde normal.

Cavité abdominale. — Deux ou trois ulcérations très petites à la partie inférieure de l'*œsophage* (il y en a aussi quelques-unes à la partie supérieure). — L'*estomac* est absolument normal. — Les follicules de l'extrémité terminale de l'intestin grêle sont volumineux, saillants; les ganglions mésentériques hypertrophiés ne paraissent pas caséeux. Appendice iléo-cœcal assez long : 15 cent. —*Foie* : 980 gr., normal, pas de calculs. — *Reins* : pèsent chacun 80 gr., normaux. — *Rate* : 120 gr.; rate supplémentaire du volume d'un petit pois. — *Pancréas*, *péritoine*, *vessie*, etc., rien à signaler.

		POIDS.	TAILLE.
1879.	Novembre.	17 kil. »	1 m. »
1880.	Septembre	18 — »	1 m. 06
1881.	Juillet.	19 — 100	1 m. 10
1882.	Janvier	19 — »	1 m. »
—	Juillet	19 — 900	1 m. 12
1883.	Janvier	19 — 400	1 m. 13
—	Mai.	19 — 200.	

Dans ce cas, la rumination était limitée aux liquides. Un accident inattendu—l'obstruction du larynx par un volumineux morceau de viande — en produisant une asphyxie mortelle,

[1] Nous avons déjà rencontré plusieurs fois cet aspect chagriné des circonvolutions; c'est là, croyons-nous, une lésion peu connue (B.).

nous a permis d'examiner les organes digestifs, notamment l'*œsophage* et l'*estomac* : ni l'un ni l'autre ne nous ont paru différer dans leur aspect et leur conformation de l'état normal[1].

Notons, en passant, que chez Vaut... l'idiotie était due à une lésion très prononcée de l'hémisphère droit, se traduisant entre autres par une différence de poids de 110 gr., et rendant bien compte de la paralysie du côté gauche.

OBSERVATION XXXIII.— *Idiotie complète par arrêt de développement. — Tante maternelle idiote; cousine épileptique. — Début des accidents nerveux à quatre mois : grincement de dents, voracité, mérycisme partiel à début graduel, recroquevillement. — Autopsie. —* Degr... (Edmond), né à Paris le 28 février 1878, est entré à Bicêtre le 5 juillet 1882 (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents. — (Renseignements fournis par sa mère. 13 juillet 1882). — *Père,* trente-cinq ans, mécanicien, très bien constitué, très sobre. Aucune maladie; pas de migraine, d'accidents nerveux, de syphilis. [Aucun antécédent névropathique dans sa famille; pas d'aliénés, d'épileptiques, de difformes, de suicidés, de criminels, etc.]

Mère, vingt-neuf ans, couturière, bien portante. Pas de maladies antérieures, de migraines, de céphalalgies; elle est nerveuse et impressionnable, pleurant souvent sans motifs; jamais d'attaques de nerfs ni de syncopes. [*Père* et *mère* : ils n'ont présenté d'accidents nerveux d'aucune sorte. — *Deux tantes du côté paternel* n'ont jamais marché; l'une est morte à six ans. — *Une cousine germaine* du côté maternel, âgée de vingt-six ans, est *épileptique* et à peu près démente.]

Pas de consanguinité.

Un seul enfant : notre malade. — Rien de particulier lors de la *conception.* — Dès le second mois de la *grossesse,* la mère a eu sans cesse la préoccupation d'accoucher d'un enfant qui ne serait pas bien portant : vers le troisième mois, elle s'imaginait à chaque instant que le feu était dans le voisinage, et, la nuit, elle se relevait pour s'en assurer. Ces imaginations ont persisté durant deux mois. *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme. A la *naissance,* la tête de l'enfant était très allongée : elle était restée au passage pendant trois heures. Pas d'asphyxie. — Il a été élevé au sein par sa mère jusqu'à dix-sept mois. Vers le troisième mois, on s'est aperçu qu'il ne tenait pas sa tête, qu'il la laissait tomber. C'est un mois plus tard que « les nerfs l'ont pris »; lui qui, auparavant, dor-

[1] Nous avions soumis cet enfant aux *injections sous-cutanées de curare* à cause des *secousses* dont il était atteint. Nous utiliserons les notes relatives à ce point particulier dans un autre travail.

mait continuellement « comme une marmotte », et qu'il fallait réveiller pour lui donner le sein, se réveillait alors et tressautait au moindre bruit; il se tordait, mais ne criait pas, grinçait des dents, ce qu'il a continué d'ailleurs de faire jusqu'à ce jour. A partir de deux ans, habitudes d'*onanisme* très développées; il se frottait continuellement la verge soit contre les tapis, soit contre sa petite voiture ou avec ses mains et « au point de s'en mettre en sueur »; depuis un mois, il n'aurait plus ces habitudes.

Il n'a jamais eu de convulsions, ni de vertiges. Pas de fièvres éruptives, pas de croup; pas de dartres ni de gourmes, pas d'ophthalmie; otorrhée de l'oreille gauche. Il avait souvent, à peu près une dizaine de fois par an, des accès de fièvre qui duraient deux ou trois jours. Ces accès ont disparu en avril 1881.

La parole est nulle : V... ne reconnaît personne, ne peut rien tenir dans sa main, est toujours gâteux. Il ne se balance pas, bave peu, tette continuellement son pouce et grince des dents : il ne fait que commencer à se tenir sur ses jambes, mais ne marche pas encore.

11 *novembre*. — Depuis quelques jours, on a remarqué chez l'enfant des *troubles digestifs* qui n'existaient pas à l'entrée; l'appétit est vorace comme autrefois, la mastication nulle, mais après le repas, il semble gêné et a souvent des vomituritions dans lesquelles les aliments remontent sans le moindre effort; pas de rumination. Ce n'est qu'en avril 1883 qu'est apparu le mérycisme.

1883. 10 *avril*. *État actuel*. — Depuis quelque temps, l'enfant a beaucoup *maigri;* toutes les saillies osseuses se dessinent en relief : la face a un aspect absolument simien. La bosse frontale droite est plus saillante que la gauche, tandis que la moitié gauche de l'occipital est plus saillante et plus arrondie que la droite, qui est aplatie; en un mot, la moitié droite du crâne avance en avant sur la moitié gauche et est en retrait en arrière sur cette dernière moitié. La région pariétale droite est arrondie, tandis que la gauche est aplatie.

	CENT.
Circonférence horizontale au-dessus des oreilles.	24,5.
De la racine du nez à la protubérance occipitale.	0,29.
Diamètre antéro-post. maximum	14,2.
— bi-auriculaire	9.
— transverse maximum	12,4.

Oreilles bien ourlées, lobule distinct. — Arcades sourcilières assez saillantes, dépression latérale. — Iris brun, pas de strabisme. — *Nez* aquilin; régions malaires peu saillantes; *bouche* large, lèvres assez épaisses, menton pointu et relevé. — Première *dentition* au complet et normale. — La *voûte palatine* est large et aplatie; le

voile du palais continue le plan de la voûte. — *Amygdales* peu volumineuses; luette et piliers normaux.

Rachis normal; *thorax* un peu élargi à sa base, très amaigri : toutes les côtes se dessinent, les omoplates et les apophyses épineuses sont très saillantes.

Membres supérieurs et *inférieurs* bien conformés, mais très grêles et très amaigris. Au lit, l'enfant se tient ratatiné, les cuisses demi-fléchies sur le bassin, les jambes complètement fléchies sur les cuisses, les talons reposant sur les fesses; les pieds ont l'attitude du varus équin. Quand on étend les membres inférieurs, on éprouve une certaine résistance due à la rigidité des genoux et des hanches. Les membres supérieurs sont d'habitude disposés en anse, les mains et les doigts fléchis.

Cheveux blonds, peu abondants; *système pileux* très développé tout le long de la branche montante du maxillaire inférieur; duvet abondant sur la partie postérieure du cou, du tronc et sur les faces antérieure et externe des cuisses. — Les *testicules* ne sont pas encore descendus; le *prépuce* est le siège d'un gonflement œdémateux dû à l'*onanisme* répété.

Battements du *cœur* un peu irréguliers: pouls petit, à 92. Sonorité du thorax normale; en arrière, respiration un peu forte à gauche et en bas. — Ventre souple, *foie* et *rate* normaux, pas de dilatation de l'estomac. Appétit assez bon, l'enfant mange de tous les aliments, soif vive; langue humide, légèrement saburrale; selles quotidiennes, molles et verdâtres. Degr... ramène dans sa bouche les aliments et surtout les liquides; au bout de quelques minutes, il en rejette une partie et ravale l'autre; le *mérycisme* est donc aujourd'hui complètement établi.

L'enfant mange et surtout boit avec avidité; la *mastication* est à peu près nulle. La rumination débute d'ordinaire assez rapidement après le repas, parfois même avant qu'il ne soit tout à fait terminé; ce cas se présente surtout si Degr... n'a ingéré que des substances liquides (potages), ou s'il y a eu simultanément ingestion d'une certaine quantité de boissons. L'enfant pousse un petit cri, ouvre largement la bouche, allonge la langue en forme de gouttière; en même temps il contracte légèrement les parois abdominales dans un effort correspondant à l'expiration. Des flots de liquides remontent à ce moment, s'arrêtent quelquefois à l'isthme du gosier, tantôt reviennent jusqu'aux arcades dentaires, et en général sont ravalés très vite.

L'intervalle des renvois varie suivant la nature des substances ingérées et suivant le moment de la rumination. Lorsque l'enfant n'a fait que boire, les gorgées qui remontent se succèdent presque sans interruption. Les substances solides ne sont pas ruminées; les aliments semi-liquides, comme les soupes, le sont souvent; la partie liquide, bouillon ou lait, revient la première; plus tard, surtout si

l'on fait boire l'enfant, on voit apparaître des bouchées de pain. L'ingestion des liquides diminue d'ailleurs l'intervalle des renvois. D'un autre côté, plus la rumination s'avance, plus les renvois s'espacent. La durée de la rumination est en général assez courte, elle peut quelquefois pourtant se prolonger pendant une heure; elle ne suit pas tous les repas.

7 *mai.* L'amaigrissement est de plus en plus prononcé. L'enfant tousse beaucoup; sonorité normale en avant et en arrière. La respiration est ronflante aux sommets, surtout à gauche. T. R. 40°. — *Soir* : T. R. 40°.

8 *mai.* T. R. 40°,4. — *Soir* : 40°,4.

9 *mai.* L'enfant est mort ce matin à 7 heures. *T. post mortem* : 40°,6. L'appétit avait beaucoup diminué les jours derniers; l'enfant ne buvait plus que du lait, *et ne ruminait plus.*

	POIDS.	TAILLE.
1882. Juillet.	9 kil. 800	0 m. 88
1883. Janvier	8 — 900	0 m. 83
— Mai.	7 —	après décès.

AUTOPSIE *le* 10 *mai.* — Quelques ecchymoses *sous-pleurales* à gauche : hypérémie des bronches; atélectasie de la base des deux poumons, plus prononcée à gauche. — Les autres viscères ne présentent rien de particulier.

L'*œsophage* et les *intestins* sont normaux. La *muqueuse de l'estomac* et celle de l'*œsophage*, ainsi que la presque totalité de la couche sous-muqueuse, ont disparu. La *couche musculaire* (fibres circulaires et longitudinales de l'œsophage) est bien développée; on n'y remarque aucune fibre musculaire striée au niveau du cardia; il en est de même pour l'estomac. La tunique fibreuse périphérique de l'œsophage est bien et normalement développée.

L'*encéphale* pèse 840 gr.; l'hémisphère droit pèse 10 gr. de moins que le gauche. Le *cerveau* est mou, luisant, gélatiniforme, d'une couleur rosée tirant sur le jaune. La *pie-mère* est mince, difficile à arracher, mais sans adhérences. Pas de dilatation des ventricules.

Hémisphère gauche. — La *première circonvolution frontale*, assez régulière, présente deux insertions, l'une au niveau du bord supérieur, l'autre à trois centimètres au-dessous. — La *deuxième frontale*, très sinueuse, se confond en avant par un pli avec la troisième et n'offre pas d'attache sur la frontale ascendante. — La *troisième frontale*, également très sinueuse, offre en avant un prolongement remontant jusqu'à la première frontale, de telle sorte que la deuxième frontale est enclavée en forme de coin entre ce prolongement et la frontale ascendante. La troisième frontale présente

une insertion sinueuse sur l'extrémité inférieure de la *frontale ascendante*. Celle-ci est très plissée et bien développée. — Le *sillon de Rolando* est profond. La *pariétale ascendante*, un peu irrégulière, offre à sa partie moyenne une sorte de sillon transversal incomplet. Le *lobule pariétal supérieur* a la forme d'un quadrilatère avec un sillon en forme d'x; le *lobule pariétal inférieur* est réduit à un simple pli. Le *pli courbe* est rudimentaire; le *lobe occipital*, composé de trois replis, est assez gros. La *première circonvolution temporale* est très distincte, la *deuxième* et la *troisième* en partie confondues. La *circonvolution de l'hippocampe* est très petite; la *corne d'Ammon* ne présente rien de particulier.

La *face orbitaire* du lobe frontal est très plissée ; le *lobule de l'insula* a trois digitations non bifurquées.

Sur la *face interne*, les circonvolutions sont beaucoup plus rudimentaires que sur la face convexe. La *circonvolution du corps calleux* et la *première frontale* sont confondues : en avant cette confusion leur donne, dans une hauteur de trois centimètres, l'aspect du lobe quadrilatère, en ce sens qu'un sillon assez superficiel d'ailleurs le sépare de la partie postérieure de ces deux circonvolutions. *Il n'y a pas de sillon calloso-marginal*. Le *lobe paracentral* forme une sorte de boucle dont les branches descendantes aboutissent au corps calleux et sont séparées par un sillon assez profond qui, lui aussi, aboutit au corps calleux. — Le *lobe quadrilatère*, moitié plus long que large, offre un sillon supérieur transversal et un sillon vertical qui aboutit au corps calleux. — Le *coin* a la forme d'une enclume, dont la partie horizontale se confond en arrière avec le lobe occipital. Les *sillons* sont assez profonds sur la face convexe, et en général plus superficiels sur la face interne, surtout en avant. Les *corps striés*, la *couche optique* n'ont rien de particulier.

Hémisphère droit. — La *première circonvolution frontale* est confondue en grande partie avec la *seconde* : il n'y a qu'une attache située au niveau du bord supérieur pour les deux circonvolutions. La *troisième frontale* est tout à fait distincte, avec une attache à la frontale ascendante dans sa partie inférieure. Ainsi, à gauche, c'est la deuxième et la troisième frontales qui sont confondues ; à droite, c'est la première et la deuxième. La *frontale ascendante*, à 25 millimètres au-dessus de son extrémité inférieure, se divise en deux parties réunies par un pli de passage à un centimètre du bord supérieur. — Le *sillon de Rolando* est profond. La *pariétale ascendante* est régulière. Le *lobule pariétal supérieur*, l'*inférieur*, le *pli courbe*, le *lobe occipital* sont rudimentaires; les *circonvolutions temporales* sont sinueuses, petites, mieux distinctes que de l'autre côté. — Le *lobule de l'insula* a trois digitations.

A la *face interne*, même confusion entre la *circonvolution frontale*, celle du *corps calleux* et le *lobule paracentral; absence du sillon*

calloso-marginal. Même disposition qu'à gauche du *lobe paracentral* : cependant la partie antérieure de la boucle est moitié moins épaisse que la postérieure. Le *lobe quadrilatère,* moitié moins large que long, diffère de celui du côté gauche; le coin et le lobe occipital offrent la même disposition.

Les *corps striés* et la *couche optique,* le *ventricule latéral,* etc., n'ont rien de particulier. – Nulle part il n'y a trace de sclérose : c'est, en somme, un cas d'idiotie complète type par arrêt de développement.

Quant aux renseignements anatomo-pathologiques que nous pouvons déduire de ces observations, ils nous apprennent seulement que l'appareil digestif, l'estomac surtout, était sain, bien conformé, tout à fait normal, et sans lésions d'aucune espèce. Ces résultats, d'accord avec ceux des auteurs, nous confirment dans cette opinion : que c'est bien dans le système nerveux qu'il faut chercher la cause première du mérycisme.

Nous citerons encore un cas de mérycisme partiel du même genre rapporté déjà par l'un de nous (*Progrès médical,* octobre 1882; Bourneville et Bonnaire, *loc. cit.,* p. 112). Nous en extrayons le passage qui nous intéresse :

Observation XXXIV. — *Idiotie : premiers indices de l'absence d'intelligence. — Rumination des liquides. — Amélioration. — Ictère. — Rougeole; broncho-pneumonie ; guérison.* — « L'enfant Cli... est gourmand, vole les aliments de ses camarades et mange avec ses mains. Souvent, après le repas, on note des régurgitations (*rumination pour les liquides*) : il ramène dans sa bouche non seulement le liquide de la soupe, mais encore le pain; puis ravale le tout. Il est idiot, gâteux, non salace. » Cet enfant fut atteint en 1881 d'une rougeole compliquée de broncho-pneumonie, pendant laquelle *le mérycisme fut suspendu et ne reparut qu'au bout de quelques mois, non plus d'une façon continuelle, mais intermittente.*

Voilà donc des cas de mérycisme partiel ne portant que sur les substances liquides, boissons, potages, sans qu'il soit besoin de les prendre en grande quantité. Le mécanisme et les symptômes de la rumination sont alors les mêmes. Les seuls faits à noter sont les suivants : dans les cas particuliers, l'intervalle qui sépare le renvoi des substances ruminées au moment de l'ingestion est excessivement court; et par suite, si l'enfant a ingéré les liquides au début du repas, il rumine et mange à la

fois. D'un autre côté, la durée de la rumination est très courte, à moins qu'on ne veuille la prolonger en faisant boire de nouveau le sujet.

Diagnostic. — Dans un des premiers chapitres de ce mémoire, nous avons dit, en définissant le mérycisme, qu'il devait être distingué du *vomissement*. En effet, si, à première vue, ces deux phénomènes offrent quelque analogie, ils doivent, au point de vue physiologique et clinique être absolument distingués l'un de l'autre.

« Le vomissement, dit Longet, s'annonce par une sensation particulière qui est la *nausée*, sensation accompagnée de malaise et d'anxiété générale. Il y a de l'oppression, de la douleur à la région épigastrique, la face devient pâle, le pouls petit et faible; la bouche se remplit de salive; survient ensuite une inspiration forte et parfois sonore, pendant laquelle l'air pénètre dans la poitrine pour y rester emprisonné par le resserrement subit de la glotte. Le *diaphragme, les muscles abdominaux, l'œsophage*, etc... entrent immédiatement et simultanément en contraction. Pendant ce temps, la respiration est suspendue et la cavité du ventre est resserrée de toutes parts, comme dans le phénomène de l'*effort*. Sous la pression brusque des puissances musculaires, les matières contenues dans l'estomac sont lancées à travers le cardia; l'œsophage s'en emplit; le cou se tend, le larynx est porté en avant, l'isthme du gosier se dilate en même temps que le voile du palais tendu se relève pour protéger les arrière-narines; enfin, la bouche s'ouvre largement et laisse passer les matières qui s'échappent au dehors. »

Quelle différence entre ce tableau et celui du mérycole au moment où il rumine! Ici rien de convulsif, pas le moindre symptôme d'effort, pas de nausées, d'anxiété; souvent même, au contraire, la figure du malade exprime la béatitude; la coloration de la face reste la même, la respiration n'est altérée ni dans son rythme, ni dans sa fréquence; l'action des puissances musculaires est souvent si peu sensible qu'elle échappe même à l'œil de l'observateur; enfin, les aliments loin de s'échapper au dehors, sont gardés par le sujet, qui, à l'instant où la gorgée remonte, s'empresse de fermer les lèvres et de les contracter pour la retenir dans sa bouche.

Percy et Laurent avaient déjà fait cette distinction. « Nous ne saurions trop, disent-ils, insister sur la différence qui exist

entre le vomissement et le mérycisme. Dans ce dernier, il n'y a point de nausées; dans le premier, il y en a toujoursplus ou moins. Dans l'un, les hypochondres s'évasent, le ventre s'aplatit, tout se roidit autour de l'estomac; la bouche est béante, le cou tendu, la respiration suspendue ou inégale; rien de tout cela ne se remarque dans l'autre. »

Le vomissement est, en somme, un acte éminemment convulsif; il est, à ce titre, involontaire. Ce fait et le trouble marqué qui l'accompagne exige qu'on le considère comme un phénomène anormal et pathologique, dont l'existence continue est une gêne et parfois un danger pour le malade. Ce ne sont pas là les caractères du mérycisme qui, parfois volontaire, le plus souvent agréable, se produit presque sans effort, n'introduit aucun trouble dans les fonctions digestives, ni dans l'assimilation,ne compromet en rien l'existence, et peut, en somme, être regardé comme un phénomène, anormal, il est vrai, mais on pourrait presque dire aussi, physiologique. Ces faits ont d'ailleurs été signalés de longue date et Pipelet, rapportant l'opinion de Peyer, dit dans sa thèse (p. 11 et 14.) : « Timendum ne incautos illudat error, vomitum cum merycismo confundens. . . . . In rectâ ruminatione cibus non modo in os refunditur, sed etiam remensus iterum deglutitur, ut posteà e ventriculo per intestina transiens, famem saturet ».

Au point de vue physiologique, le mérycisme se distingue aussi du vomissement. Nous avons vu, dans le chapitre précédent, quel était le mécanisme de cette fonction ; or, il ne rappelle que de loin celui du vomissement qui exige toujours un effort énergique du diaphragme, et des parois abdominales, qui sont les principaux agents de sa production et dans lequel le rôle actif de l'estomac est très contesté. Or, les auteurs ont surtout admis dans le mérycisme l'action de l'estomac : les uns rejettent absolument l'action du diaphragme et des parois abdominales ; les autres ne l'acceptent que pour le renvoi de la première gorgée, et elle est quelquefois si faible qu'elle peut passer inaperçue. Chez les malades que nous avons observés, nous avons recherché souvent cette action des puissances musculaires, mais très souvent nous n'avons rien remarqué et, dans le cas où des contractions se sont produites, leur peu de durée et d'intensité ne peut les faire assimiler aux contractions énergiques qui provoquent le vomissement. Pour achever l'étude de ce

point, nous citerons enfin un autre élément de diagnostic qu'un mérycole seul peut apprécier. « Ce qui me porte à admettre, dit le Dr Cambay, que l'acte du mérycisme se passe surtout dans la grande courbure de l'estomac, c'est la différence de sensation que j'éprouve dans cet organe dans le mérycisme et dans le vomissement. Dans le dernier phénomène, il semble que les contractions partent d'un point plus éloigné de l'œsophage, qu'elles ont une étendue bien plus considérable et qu'enfin une partie de cet organe que je crois être la plus active, c'est-à-dire l'extrémité pylorique, est tout à fait inerte dans le mérycisme. Aussi le vomissement involontaire m'est-il très pénible, tandis que le mérycisme m'est plutôt agréable. »

Il est un fait étrange observé chez certaines personnes qui sont sujettes non à ruminer, mais à vomir après les repas et chez lesquelles l'estomac ne rejette que certaines matières qu'il ne veut ou ne peut pas digérer. On a quelquefois confondu avec le mérycisme cette espèce de vomissement et c'est à lui que s'appliquerait bien la définition que Racle a donnée du mérycisme. Cette confusion est une erreur; en effet, nous ne retrouvons pas là les phénomènes du mérycisme, qui n'est pas un vomissement comme nous venons de le voir, et dans lequel, même lorsque le sujet semble pouvoir exercer une sorte de sélection sur les substances qu'il veut ruminer, les aliments ne sont pas rejetés au dehors, mais sont soumis à une nouvelle digestion buccale pour reprendre ensuite le chemin de l'estomac. Le phénomène, du moins, se passe ainsi dans les cas de *mérycisme avéré*. Cependant, certains mérycoles peuvent, dans des circonstances exceptionnelles, présenter des symptômes qui amènent cette confusion. Ainsi, au début du mérycisme à marche graduelle, on peut quelquefois observer le rejet des aliments (Obs. IX, XIII, XV); mais ce fait est transitoire et la rumination s'établit bientôt avec tous les symptômes que nous avons décrits. Autre part (Obs. VII), nous avons vu que le thé et les substances grasses étaient rejetés; mais ce n'était qu'après avoir été ruminés à plusieurs reprises. Le sujet de l'Observation XXII aurait pu donner lieu plutôt à une méprise, car il rejetait de suite les substances grasses; toutefois, il faut remarquer qu'il ruminait complètement les autres aliments qui remontaient en même temps dans la bouche. On voit donc que,

même dans ces cas exceptionnels, le mérycisme ne doit pas être confondu avec le vomissement facultatif de certaines substances, et l'on évitera l'erreur en se rappelant que « le mérycisme ne vide pas violemment l'estomac et qu'il n'en fait sortir que peu à peu et sans effort une certaine quantité d'aliments en général assez prompts à y rentrer. » (*Dict. en soixante volumes.*)

Un autre phénomène qui présente beaucoup plus d'analogie avec le mérycisme est celui de la *régurgitation*, que l'on observe souvent chez les enfants à la mamelle ou chez les gros mangeurs. Là, comme dans la rumination, les substances reprennent le chemin de l'estomac ; les agents musculaires interviennent bien comme dans le vomissement, mais leur action est bien moins énergique et il n'y a pas de phénomène d'effort. Souvent même la *volonté* intervient pour produire la régurgitation, en agissant sur l'estomac par des pressions extérieures, par des contractions des muscles abdominaux, en faisant de grandes inspirations, ou en répétant ces fausses éructations au moyen desquelles on cherche quelquefois à en produire de véritables. Mais, dans ces cas, jamais les substances solides ne sont soumises à une seconde mastication comme dans le mérycisme qui, d'un autre côté, fait partie du *modus vivendi* de l'individu, tandis que la régurgitation n'est qu'un phénomène accidentel.

Marche, durée, pronostic. — La plupart du temps, le mérycisme, dès son apparition, se présente avec tous les symptômes que nous avons passés en revue. Cependant, dans quelques cas, le début est tout différent et ce n'est que d'une *façon graduelle* que les individus arrivent à ruminer. Nous avons déjà vu au passage plusieurs exemples de ce fait. Tantôt les individus qui rumineront plus tard, commencent par rejeter les aliments (Obs. IX, XIII, XV). D'autres fois (Obs. XVI) le mérycisme n'arrive qu'après une période où le sujet n'a que de simples régurgitations ; quelquefois enfin il peut commencer par être partiel et ne s'installer complètement que plus tard. (Obs. XVII et XXVIII). Mais, somme toute, ces cas sont rares et le mérycisme survient d'ordinaire d'emblée avec tous ses symptômes.

Une fois déclaré, il continue sa marche, la plupart du temps

toujours identique à lui-même; pourtant, on a remarqué parfois qu'il diminuait avec l'âge (Obs. VIII et XVI), mais sans disparaître. Il est rare, en effet, que sa durée ne se prolonge pas toute la vie. Il est néanmoins certaines circonstances qui peuvent interrompre un certain temps sa production. Ainsi, les maladies intercurrentes en suspendent communément le cours pendant leur durée : ce qui est une analogie de plus avec la rumination des animaux qui ruminent moins bien ou cessent même de ruminer lorsqu'ils sont malades. Quelquefois même il se peut que le mérycisme ne reparaisse pas après la maladie comme dans l'observation de Cliq.., mais nous ferons remarquer, à ce propos, que le mérycisme était partiel et ne s'exerçait que sur les liquides.

Nous avons vu encore la rumination disparaître sous l'influence d'une toute autre cause : le coït. (Obs. XIII, XIV.) Enfin, nous citerons trois nouvelles observations dans lesquelles le mérycisme disparut spontanément[1].

Observation XXXV. — *Imbécillité. — Mérycisme héréditaire. — Disparition spontanée*[2]. — Louis C..., le fils, âgé de trente-cinq ans, homme lent, d'une *intelligence faible*, d'un tempérament lymphatique, s'adonne à la boisson. A vingt-cinq ans, il eut un accès d'épilepsie à la suite duquel il se mit à ruminer son dîner. Jamais cette rumination n'a atteint le même degré que chez son père. C'est tout au plus s'il lui revenait après le repas quatre ou cinq bouchées de matières solides. Après les avoir mâchées, il les avalait de nouveau. Cet état dura quelques mois et disparut sans traitement. — A trente-deux ans, seconde attaque d'épilepsie à la suite de laquelle le mérycisme n'a pas reparu.

Observation XXXVI. — *Catarrhe gastro-intestinal chronique dans l'enfance. — Dysentérie. — Constipation. — Début de la rumination à treize ans; ses caractères. — Influence des mouvements et du travail intellectuel. — Guérison spontanée.* (Obs. de Otto Koerner). — Un collègue, le Dr X..., ruminait il y a douze ans. Famille en bonne santé. Etant enfant, il eut un *catarrhe gastro-duodénal* de fort longue durée et eut, dans la dixième année, vingt-cinq accès de *dysen-*

[1] Nous ferons remarquer que, dans les deux dernières observations du mémoire de M. Koerner, les malades sont sains d'esprit. Mais notre travail étant déjà composé, nous n'avons pu les placer qu'à la fin.

[2] Rossier. — *Loc. cit.* Il s'agit du fils du malade de l'Observation XXVIII.

térie suivis de constipation opiniâtre. Les selles ne se présentaient d'abord que tous les trois ou quatre jours, le plus souvent après de violentes douleurs colicoïdes; plus tard elles furent plus fréquentes, mais il y eut constipation habituelle jusqu'à l'établissement de la rumination. Elle fut combattue par l'abstention des mets riches en cellulose et en amidon, par les lavements et la gymnastique de chambre suédoise. A l'âge de treize ans, le malade eut tellement à travailler à l'école, qu'il eut un genre de vie absolument sédentaire (le corps penché en avant). Il avait l'habitude de prendre des repas très abondants, composés surtout de viande avec des condiments acides. A ce moment, la rumination se développa rapidement. Elle ne se montrait jamais qu'après le dîner de midi, une demi-heure après et durait une heure et demie. Bientôt, le quart du repas fut en partie ruminé et avalé, en partie craché, à ce qu'estime le patient. Il prétend avoir ruminé surtout les aliments acides (concombres, salades de légumes et vertes), les petits radis et le pain noir [1]. La glace à la vanille, que le malade prenait souvent de suite après le repas en grande quantité, ne fut jamais ruminée et empêchait la rumination des autres aliments. S'il la prenait fondue, l'effet favorable manquait, elle revenait même dans la bouche. Les mets ruminés conservèrent toujours leur goût naturel. Le patient n'avait pas de sensation de malaise après la rumination, mais la maladie lui était désagréable au point de vue social. Il ruminait en se promenant dans son jardin. Il reconnut bientôt que le mouvement musculaire exagéré diminuait le mal, mais que la vie sédentaire et le travail de tête le faisaient durer jusque vers minuit. Après une durée d'un an environ, la rumination disparut peu à peu dans un voyage dans les Alpes, très fatiguant, et n'est plus revenu. — La percussion de l'estomac dilaté par l'acide carbonique, faite par nous avec le Dr von den Velden, donna des limites normales. On ne put constater les mouvements stomacaux, les parois abdominales étant trop fortes. Le patient ne vomit pas, malgré le développement des gaz; il n'eut pas de sensations désagréables de l'estomac. On peut donc admettre un certain état de faiblesse musculaire de l'organe.

Le cas suivant a été communiqué à M. Koerner par le Dr Lucae (de Francfort-sur-le-Mein).

Observation XXXVII. — *Début du mérycisme à trente ans. — Ses symptômes. — Guérison en cinq mois.* — X..., philologue. La mala-

[1] Il ne faut pas trop s'attacher aux dires des malades, qui se souviennent mieux des substances très acides ou ayant un fort goût, ruminées, que des autres à goût moins marqué.

die s'était développée au commencement de son mariage, un peu après l'âge de trente ans, et disparut après six mois environ. Il ne peut indiquer de cause; l'estomac est sain et les selles régulières. A cette époque, régulièrement après le repas du midi, quelquefois après celui du soir, des parties d'aliments ingérés remontaient sous forme de boules solides de deux centimètres de diamètre environ. Il les sentait remonter dans l'œsophage et pouvait quelquefois les repousser en avalant des liquides. Eructations rares. Les boules étaient composées de la plupart des aliments pris auparavant, qui tous avaient conservé leur goût naturel et n'étaient pas acides. Les boules étaient assez solides, elles ne se brisaient pas d'elles-mêmes dans la bouche ou à l'air; elles furent tantôt recrachées, tantôt ravalées, dans ce cas après qu'elles eurent été remâchées ou écrasées avec la langue. Le Dr Lucae avait ordonné de l'eau de quassia et de l'absinthe légère.

On voit donc qu'à part certains cas exceptionnels, qui se terminent spontanément par la guérison, le mérycole vit et meurt avec son affection.

En meurt-il? non. Le *pronostic* du mérycisme est, au contraire, très bénin. Livré à lui-même, il ne compromet en rien la vie, et l'on a vu des individus qui en étaient affectés, arriver à un âge très avancé. (Obs. VI, VIII, IX.)

Cependant, lorsque le mérycisme a été précédé ou s'accompagne de *dyspepsie*, le pronostic peut avoir une certaine gravité. « Le ruminant simple, dit M. Koerner, atteint un grand âge avec sa rumination, le dyspeptique maigrit, dans le cas où il enlève, en les crachant, les aliments destinés à l'organisme et revenant de l'estomac. Dans d'autres cas, ajoute-t-il, le malade augmente sa dyspepsie en ravalant les aliments sans les mâcher, ce qui assombrit le diagnostic. Il en était ainsi dans le second cas de Pönsgen où la rumination se développa chez une dame après une diarrhée de longue durée, avec pyrosis et renvois rances. La malade rejetait tous les aliments ou les ravalait sans les remâcher quand elle était en société. Aussi observa-t-on bientôt des phénomènes de constipation avec amaigrissement. »

Formes. — M. O. Koerner a essayé de distinguer deux formes : l'une simple ou idiopathique ; l'autre symptomatique et liée à des troubles dyspeptiques. Voici les caractères sur lesquels il s'appuie :

Mérycisme simple.	*Mérycisme dyspeptique.*
Le mérycisme succède à une forte réplétion de l'estomac.	Il se montre après l'ingestion de petites quantités d'aliments.
Il commence une demi heure après l'ingestion.	Il commence presque aussitôt après l'ingestion.
Conservation du goût des aliments qui remontent.	Goût acide, désagréable, des aliments qui remontent.
Redéglutition des bouchées alimentaires.	Rejet des aliments de retour.
Conservation de l'embonpoint.	Amaigrissement.

Cette distinction n'est pas suffisamment justifiée, car les caractères sur lesquels elle repose peuvent s'observer dans les deux formes. Quelquefois dans le mérycisme simple, la rumination commence aussitôt après le rejet des aliments même donnés en petite quantité; si, en général, dans le mérycisme simple, les aliments ont conservé leur goût, d'autres fois, ils sont acides, etc.

Fréquence. — M. R. Blanchard évalue le nombre des cas de mérycisme connus dans la science à trente-six seulement. Ainsi qu'on peut le voir par les faits rassemblés par nous, ce chiffre est beaucoup trop faible. M. Bouchaud (*loc. cit.*, p. 609) assure que sur les cinq cent soixante-onze malades de l'asile de Lommelet, qu'il a examinés avec soin, *quatorze* sont ruminants: onze d'entre eux sont idiots (il y a cent idiots ou imbéciles à l'asile) et les trois autres sont atteints de l'une des formes de l'aliénation mentale (sur quatre cent soixante-onze aliénés. En ce qui concerne les *aliénés*, il a relevé trois cas, sur quatre cent soixante-onze malades. En est-il de même dans les autres asiles? Cela est peu probable, car, dans les ouvrages consacrés à l'aliénation mentale, nous ne voyons pas mentionnée la rumination. Relativement aux idiots, la proportion qu'il a constatée est plus considérable que celle qui a été observée par nous. En effet, sur une centaine d'enfants idiots présents à Bicêtre, nous n'avons noté que cinq cas. Le tableau ci-après donne une idée des quarante-six cas réunis par nous, sans compter les quatorze cas de M. Bouchaud (soit en tout soixante cas) :

NUMÉROS DES OBSERVATIONS.	NOMS des OBSERVATEURS.	SEXE DES MÉRYCOLES.	PROFESSION ou ÉTAT MENTAL.	AGE AU MOMENT DE L'OBSERVATION.	ÉPOQUE de DÉBUT.
1.	Peyer.	Masculin.	Centilhomme.	»	
2.	Id.	Masculin.	Moine.	»	
3.	Daniel Perineti.	Masculin.	»	»	7 ans.
4.	Sennert.	Masculin.	Vacher.	»	»
4 bis.	Freund.	Masculin.	»	»	6 ans.
4 ter.	Id.	Féminin.	»	»	3 ans.
5.	Winthier.	Masculin.	»	45 ans.	30 ans.
	Id.	Masculin.	»	»	24 ans.
6.	Froriep's Notizen.	Masculin.	»	20 ans.	Enfance.
7.	Eliotson.	Féminin.	»	89 ans.	Enfance.
8.	Ducasse.	Masculin.	»	70 ans.	Enfance.
9.	Vincent.	Masculin.	»	83 ans.	Jeunesse.
10.	Boucher.	Masculin.	Soldat.	20 ans.	Jeunesse.
11.	Salmuth.	Masculin.	Écolier.	15 ans.	
12	Ludwig.	Féminin.	»	»	
13.	Filhol et Tarbès.	Masculin.	»	»	7 ans.
14.	Ducasse.	Masculin.	Journalier.	»	6 ans.
15.	Id.	Masculin.	Soldat.	»	Enfance.
16.	Percy.	Masculin.	Maître de forges.	»	5 ans.
17.	Copland.	Masculin.	»	»	Age mo[illegible]
17 bis.	Koerner.	Masculin.	Étudiant.	20 ans.	17 ans.
18.	Delmas.	Masculin.	Étudiant.	»	»
19.	Blumenbach (4 cas).	»	»	»	»
20.	Roubieu.	Masculin.	»	30 ans.	»
21.	Frönmuller.	Masculin.	»	20 ans.	10 ans.
22.	Welsh.	Masculin.	»	»	»
22 bis.	Armaingaud.	Masculin.	»	23 ans.	16 ans.
23.	Brown-Séquard.	Masculin.	Médecin.	»	»
24.	Blanchard.	Masculin.	Médecin.	30 ans.	Enfance.
25.	Will.	Masculin.	Idiot.	»	»
25 bis.	Monti.	Féminin.	Idiote épileptique.	»	»
26.	Bryand.	Féminin.	Imbécile.	»	11 ans.
26 bis.	Hill.	Masculin.	Epileptique.	»	»
27.	Bourneville.	Masculin.	Idiot.	»	»
28.	Rossier.	Masculin.	Agriculteur épileptique.	65 ans.	56 ans.
29.	Châtelet.	Masculin.	Idiot.	14 ans.	»
30.	Bourneville et Séglas.	Masculin.	Idiot.	15 ans.	4 ans [illegible]
31.	Id.	Id.	Id.	10 ans.	10 [illegible]
32.	Id.	Id.	Id.	10 ans.	6 ans
33.	Id.	Id.	Id.	5 ans.	5 ans
34.	Id.	Id.	Id.	12 ans.	»
35	Rossier.	Masculin.	Imbécile.	35 ans.	25 ans
36.	Koerner.	Masculin.	Médecin.	»	13 ans
37.	Id.	Id.	Philologue.	»	30 ans

RMINAISON.	CAUSES du MÉRYCISME.	CAUSES DE LA MORT.	PARTICULARITÉS.
»	»	»	Fils d'un cornigère.
»	»	Mort à 38 ans par cachexie ?	Cornigère.
»	Imitation.	»	»
»	Imitation.	»	Communique sa maladie à sa femme.
Guérison.	Imitation.	»	La gouvernante de ces enfants était mérycole et hystérique. (4 quater.)
Guérison.	Imitation.	»	
»	Dyspepsie.	»	»
»	Hérédité.	»	Fils du précédent.
»	Hérédité.	»	Père mérycole.
»	Hérédité.	»	Père et un frère mérycoles : mérycisme partiel.
»	»	Squirre du pylore.	»
»	Voyage en mer.	»	»
»	Traumatisme.	»	»
»	Voracité.	»	»
»	»	»	»
son à 20 ans par coït.	Variole.	»	»
son à 23 ans par coït.	Variole.	»	»
»	»	Mort à 59 ans de cancer du pylore.	»
»	Indigestion.	»	»
a quelques semaines.	Dyspepsie.	»	Partiel.
uérison en 3 ans.	Gastrite.	»	Père mérycole, guéri spontanément.
»	»	»	»
»	»	»	»
»	Voracité.	Mort d'hémoptysie	»
»	Ingestion d'eau fétide	»	Partiel.
»	»	»	Partiel.
»	Entérite.	»	»
»	»	»	»
»	»	»	»
»	Imitation.	»	»
»	»	»	»
»	»	M. par tuberculose	»
»	»	Etat de mal.	»
»	Voracité.	»	»
Amélioration.	Voracité ; défaut de mastication.	»	»
»	Voracité.	Tumeurs cérébral•	»
»	Voracité ; défaut de mastication.	»	»
»	Voracité.	»	»
»	»	Asphyxie accid^le.	Partiel.
»	»	»	Partiel.
Guérison à 12 ans.	»	»	Partiel.
Guérison à 32 ans.	Hérédité.	»	Père mérycole.
uérison en 12 ans.	Gastrite.	»	»
uérison en 5 mois.	»	»	»

M. Bouchaud n'a pas relaté l'observation complète de ses mérycoles. Toutefois le tableau ci-dessous, dressé par lui, fournit des indications intéressantes :

Asile de Lommelet. — Nombre des malades le 1er janvier 1883 : 571 (imbéciles et idiots, 100 ; autres aliénés, 471)

NUMÉROS.	NOMS.	ADMIS EN	AGE A L'ENTRÉE.	DURÉE DU SÉJOUR.	AGE ACTUEL.	PROFESSIONS.	MALADIE MENTALE.	PAROLE, INTELLIGENCE.	ÉTAT GÉNÉRAL.
			ANNÉES	ANNÉES	ANNÉES				
I.	Ga...	1873	5	10	15	Sans profession.	Idiotie.	Surdi-mutité ?	Maigreur.
II.	Cl...	1873	9	10	19	Id.	Id.	Parole peu intelligible.	Embonpoint.
III.	Bl...	1880	16	3	19	Id.	Id.	Id.	Maigreur.
IV	Co...	1879	16	4	20	Id.	Id.	Parole bien articulée.	Etat satisfaisant.
V.	Sa ..	1881	21	2	23	Id.	Id.	Ne dit rien.	Id.
VI.	So...	1873	14	10	24	Id.	Id.	Id.	Embonpoint.
VII.	Lo...	1862	10	21	31	Id.	Id.	Id.	Maigreur.
VIII.	Ri...	1872	27	11	38	Manœuvre.	Id.	Parole nette.	Etat satisfaisant.
IX.	Bo...	1864	19	19	38	Sans profession.	Id.	Ne dit rien.	Id.
X.	Pr...	1879	55	4	59	Mendiant.	Id.	Parole assez nette.	Maigreur.
XI.	Mi...	1877	57	6	63	Id.	Id.	Parole défectueuse.	Id.
XII.	Qu...	1865	35	18	53	Prote d'imprimerie.	Loquacité, incohérence absolue.	Très intelligent.	Embonpoint.
XIII.	De B...	1846	27	37	64	Rentier.	Manie chronique, incohérence.	Id.	Etat satisfaisant.
XIV.	Ca...	1880	69	3	72	Prêtre (Aumônr).	Lypémanie, idées fixes.	Id.	Maigreur.

Traitement. — Lorsque le mérycisme est sous la dépendance de la volonté, on peut essayer de le faire cesser en empêchant à chaque fois la première régurgitation de se produire par la fixation de l'attention et par un effort de volonté. Mais ce moyen ne réussit pas toujours : il peut occasionner des douleurs (Obs. XX), et ne pas empêcher le retour des aliments qui n'est, en définitive, que retardé (Obs. XVII, XXVIII).

Quand le mérycisme est involontaire, on peut recommander aux malades de manger lentement, de bien mâcher leurs aliments avant de les avaler.

Tous ces moyens sont impraticables chez les idiots, on pourra alors restreindre la quantité de nourriture; mais l'Observation XII ne donne pas, à cet égard, des résultats encourageants, et notre propre expérience nous a montré qu'on ne faisait ainsi que retarder l'heure de la rumination.

La suppression de certains aliments qui semblent favoriser la rumination, tels que les légumes (Obs. XXI), les liquides en grande quantité (Obs. VII et XVII), est aussi indiquée dans quelques cas particuliers, de même que l'interdiction de substances difficiles à digérer, telles que les graisses (Obs. III, XXII).

On pourra aussi essayer, mais sans grandes chances de succès, de certains moyens empiriques qui parfois mettent un obstacle à la rumination, par exemple le décubitus dorsal, (Obs. XXIX et suivantes), le repos absolu (Obs. XXI), la station debout (Obs. XXVIII).

Quant aux *médicaments* prescrits contre le mérycisme, ils sont en petit nombre, et d'une efficacité douteuse. Nous citerons cependant l'aloès et les amers dont l'emploi a donné peu de succès; les vomitifs ont échoué lorsqu'ils ont été employés (Obs. XXI et XXVIII); les toniques, les purgatifs ont donné de bons résultats (Obs. XVII) ; la noix vomique, la belladone ont produit aussi quelques effets favorables (Obs. XXVIII). La *pepsine*, que nous avons essayée chez nos malades (Obs. XXX et XXXI), à la dose de 0,75 centigrammes avant chaque repas, n'a pas eu d'action sensible sur le mérycisme. Enfin, nous rappellerons que l'un des malades de M. Kœrner avait obtenu un arrêt de la rumination par l'emploi de la *glace*[1].

[1] Nous devons la traduction du mémoire de M. Otto Koerner à notre ami le Dr Vogt.

Il nous reste maintenant à poser cette question : Faut-il traiter le mérycisme et chercher à en arrêter le cours ? Nous avons déjà insisté plus haut sur ce point, et nous croyons avoir prouvé que le mérycisme n'était pas une maladie, mais un acte presque physiologique bien qu'anormal ; nous avons montré aussi qu'il ne compromettait nullement l'existence des individus qui y étaient sujets ; nous avons vu enfin que, parfois, si on cherchait à en interrompre le cours, la santé générale pouvait être gravement atteinte (Obs. VIII, IX). Aussi, en présence de tous ces faits, sans aller, avec Cambay, jusqu'à comparer le mérycisme à un exutoire dont la suppression peut entraîner de graves conséquences, nous pensons qu'il serait souvent bon de ne pas y mettre obstacle surtout lorsqu'il existe depuis longtemps [1].

[1] Ce mémoire a été composé dans les premiers mois de 1882, et aurait dû paraître vers le milieu de cette même année. Nous avons été amenés par les circonstances à céder le pas à des travaux plus pressés de nos collaborateurs des *Archives de Neurologie*, ce qui a retardé cette publication de plus d'un an. Il en est résulté que nous avons été obligés de faire des additions successives qui ont quelque peu modifié notre travail primitif et l'ont rendu moins concis que nous ne l'aurions désiré. — Il est un point sur lequel nous avions été d'abord très réservé : c'était l'influence de l'*imitation* ; plus tard, nous avons été amené à l'accepter, en présence du cas de M. O. Koerner. Enfin, aujourd'hui, nous avons dans notre service un exemple nouveau qui ne laisse prise à aucun doute : c'est celui de l'enfant Carter... qui imite avec habileté la plupart des *tics* des autres enfants et qui a pris l'habitude de se placer devant l'enfant Gren... et de ruminer comme lui.

II.

Nouvelle Observation d'Hystéro-épilepsie chez un jeune garçon; guérison par l'hydrothérapie;

Par BOURNEVILLE et BONNAIRE

Depuis quelques années, l'*hystérie chez l'homme* a été l'objet de plusieurs publications intéressantes et, de plus, les recueils périodiques ont enregistré un certain nombre d'observations curieuses à plus d'un titre. Personnellement, nous avons eu l'occasion d'observer une douzaine de cas d'hystérie plus ou moins graves chez des hommes ou chez de jeunes garçons. Déjà trois d'entre eux, relatifs à des enfants, ont été publiés[1]. Celui qui va suivre, de même que les précédents, confirme la ressemblance symptomatologique que nous avons été l'un des premiers à établir, entre l'hystérie de la femme et celle de l'homme.

OBSERVATION. — *Père alcoolique. — Deux sœurs mortes de convulsions. — Une sœur hystérique et syndactyle. — Teigne. — Syndactylie. — Début de l'hystéro-épilepsie à douze ans*; *cause. — Description de l'aura et des attaques. — Vertiges hystériques et attaques syncopales. — Variétés, attitude du crucifiement. — Contorsions. — Translation. — Arc de cercle, etc. — Compression testiculaire. — Etat de la sensibilité. — Zones hystérogènes. — Action des aimants, des métaux.* —

[1] *Progrès médical*, 1880, p. 949; — *Ibid.*, 1882, p. 645; — *Ibid.*, 1883, et *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*, par Bourneville et d'Olier, 1880, p. 30; — *Ibid.*, par Bourneville, Bonnaire et Wuillamié 1881, p. 51; — *Ibid.*, par B., Dauge et Bricon, 1882, p. 122.

Hypnotisme. — Somnambulisme. — Développement physique intellectuel. — Traitement par l'hydrothérapie; guérison. — Etat du malade depuis sa sortie.

Buch... (Jean), âgé de treize ans, est entré à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE) le 9 octobre 1880.

Antécédents. (*Renseignements fournis par sa mère*). (25 octobre 1880). *Père*, cinquante-sept ans, briquetier. C'est un homme de taille moyenne dont la santé a toujours été bonne. *Excès de boisson* environ deux fois par mois. [*Père*, mort à soixante-six ans, *mère*, morte à soixante-sept ans, on ne sait de quoi. Deux *frères* bien portants ; l'un a cinq enfants en bonne santé. Deux *sœurs* dont l'une a cinq enfants et l'autre deux, sans affections nerveuses. — Pas de névropathes, de difformes, de suicides, etc., dans la famille.

Mère, cinquante-six ans, de taille moyenne et d'une intelligence ordinaire. Elle ne présente ni troubles nerveux, ni affections constitutionnelles; elle est atteinte d'un prolapsus utérin qui date de la naissance de notre malade. [*Père*, mort d'une fluxion de poitrine; *mère* morte d'une hydropisie ; un *frère* a trois enfants; une *sœur* en a deux ; tous sont bien portants. Pas d'affections nerveuses dans la famille]. — Pas de consanguinité.

Six enfants : 1° une fille, morte à douze ans de fièvre typhoïde : elle était intelligente et n'avait pas eu d'accidents nerveux; — 2° une fille, mort-née par strangulation (circulaires du cordon); — 3° une fille, morte de *convulsions* à treize mois; — 4° une fille, morte de *convulsions* à un mois; — 5° une fille, âgée de quinze ans, qui paraît assez intelligente et qui n'a pas eu de convulsions infantiles; la parole présente chez elle, comme caractère particulier, un *zézaiement* très prononcé. Cette jeune fille est *hystérique*; elle a éprouvé une première crise nerveuse, à l'âge de quatorze ans, et, pendant l'année qui vient de s'écouler, elle a eu dix ou onze attaques; rémission depuis quatre ou cinq mois. Les crises survenaient à l'époque des règles, dès le premier jour de l'écoulement ; la jeune fille n'avait pas la sensation de boule, mais « elle sentait le sang lui monter à la tête»; elle avait le temps de prévenir ses amies de l'approche de la crise, et, une fois celle-ci terminée, elle pleurait et souffrait de douleurs abdominales. Ouvrière en chaussures, elle travaillait chez une femme qui la maltraitait, en même temps que son zézaiement l'exposait aux taquineries de ses camarades d'atelier.

Notre malade. — *Grossesse* bonne; *accouchement* à terme, sans difficulté, en cinq minutes. L'enfant fut élevé au biberon par sa mère, marcha à dix mois et demi, fut propre avant un an et n'eut pas de convulsions. De trois à quatre ans, *teigne* traitée à l'hôpital Saint-Louis. Depuis, Buch... a eu une *éruption eczémateuse* à la jambe, qui a subi des variations d'intensité, mais a toujours persisté.

Le *début de l'hystérie* remonte, chez notre malade, à l'âge de douze ans et demi et a eu pour cause prochaine une *peur* violente : Revenant de son travail, la nuit, alors qu'il montait l'escalier de sa maison, il fut accosté par un homme ivre qui le menaça de l'assassiner s'il tentait de rentrer chez lui. Il s'enfuit, terrifié, en appelant sa mère à son secours. Un mois après, sans avoir rien présenté d'extraordinaire dans l'intervalle, il fut pris de sa *première attaque* pendant son travail habituel, dans une verrerie ; la seconde survint le lendemain, puis deux autres dans la quinzaine qui suivit. Enfin, durant le mois de mai 1880, il y eut une série de trois ou quatre crises consécutives dans un laps de six heures. L'enfant abandonna à ce moment sa profession de verrier pour embrasser celle de chaudronnier; il ne put rester que deux ou trois jours dans son nouvel atelier et en fut renvoyé à la suite d'une attaque. Du mois de mai au mois d'août, les crises furent très fréquentes, presque quotidiennes et quelquefois multiples dans une même journée. En août, il y eut une rémission de treize jours.

D'après les renseignements fournis par la mère de B..., voici quels auraient été les principaux caractères des crises observées par elle avant l'admission à l'hospice. Les attaques étaient toujours diurnes, survenaient sans aura, ni cri initial, elles se caractérisaient par de la rigidité généralisée, sans secousses, sans stertor ni apparition d'écume sanglante ou non aux lèvres. Elles ne s'accompagnaient jamais d'évacuations involontaires et n'étaient pas suivies de somnolence.

Le caractère de l'enfant est doux d'habitude : jamais il ne se met en colère ni ne se livre à des actes de violence; il n'a non plus aucun mauvais penchant et se montre affectueux. La *mémoire* semble avoir diminué depuis le début de l'affection (?). Le *sommeil* est facile, calme, et n'est pas interrompu par des terreurs nocturnes. Il en a toujours été de même avant comme pendant le cours de la maladie. L'enfant serait devenu peureux depuis son séjour à l'asile Sainte-Anne.

1880. 26 *octobre*. — *Examen physique*. Dans son ensemble, le corps est régulièrement conformé. La *tête* est assez développée, sans prédominance de la région occipitale ; le front est saillant, élevé, avec des dépressions sus-sourcilières assez marquées ; les bosses frontale droite et pariétale gauche sont plus accusées que leurs homologues. La moitié gauche de la face paraît moins développée que la moitié droite ; la bouche est de moyenne grandeur avec des lèvres épaisses. Les arcades dentaires sont régulièrement rangées : on remarque toutefois un développement en largeur exagéré des incisives supérieures médianes. Le voile du palais et la voûte palatine sont symétriques ; cette dernière est ogivale et profonde. Les *oreilles*, très développées, présentent un bourrelet épais et ont le lobule adhérent. Le *nez* est aquilin. — Les *membres supérieurs* sont régulièrement conformés. Le *pied gauche* présente

une *malformation* congénitale qui existe également chez la sœur de notre malade atteinte de la même névrose; on l'avait constatée aussi chez une autre sœur, morte à treize mois; cette malformation consiste en une *syndactylie* des 4e et 5e orteils gauches. Le doigt unique, ainsi formé, est large de deux centimètres et se termine par un seul ongle, offrant un sillon médian, indice de la réunion anormale. On ne sent au palper de l'orteil qu'une seule première phalange; on ne peut se rendre compte s'il en est de même pour la phalangine et la phalangette.

La *peau* est blanche, fine, pigmentée de taches de rousseur au visage et au cou. — Les cheveux et les sourcils sont roux et abondants; le pénil est déjà recouvert de quelques poils qui n'existent pas ailleurs.

Les *fonctions digestives* sont régulières et l'appétit est bon; toutefois le malade présente une appétence prononcée par les aliments épicés. — Les fonctions *respiratoires* et *circulatoires* sont normales. — Les *organes génitaux* sont bien conformés; l'enfant avoue des habitudes d'*onanisme* assez fréquentes.

La *sensibilité* cutanée est parfaite. Les *sens spéciaux* ne présentent que quelques particularités peu importantes : l'*ouïe* serait plus fine du côté droit tandis que l'*olfaction* semble plus développée de la narine gauche. La *vue* est bonne; on note parfois un léger degré de diplopie au moment des attaques. Pour ce qui est de l'*état intellectuel,* il est moyennement développé; l'enfant sait lire et écrire couramment, etc. (Voir p. 97, etc.)

Description des attaques. — La grande variété que nous avons observée dans les attaques de notre malade, dépendant de la durée et de la violence des phénomènes nerveux, ou de la prédominance de certains symptômes, ne nous permet pas de les décrire sous un type uniforme, et nous ne pouvons que rapporter *in extenso* la description de quelques-unes des crises auxquelles nous avons assisté. Au dire de l'infirmier chargé de la surveillance, l'enfant aurait eu, au début de son séjour à Bicêtre, de très fréquents *vertiges* : « Il se laissait, dit-il, aller tout à coup en arrière et on aurait dit qu'il était mort »; il revenait à lui au bout de quelques secondes, sans avoir de convulsions et continuait son travail, comme si rien d'anormal n'était survenu. (*Attaque syncopale.*)

1881. 11 *janvier.* — L'enfant étant à la classe assis et occupé à écrire est pris subitement d'une attaque : il rejette brusquement son cahier et agite les bras en tous sens en repoussant les objets qu'il rencontre dans ses mouvements. Le tronc reste immobile, les paupières sont ouvertes, les pupilles légèrement dilatées, le regard fixe; le visage est pâle et ne présente pas de grimaces convulsives. Pendant environ une minute, l'attitude reste la même et les mouvements de circumduction des bras continuent avec prédominance du côté gauche. Lorsque l'enfant revient à lui, il est d'abord

hésitant et semble ne pas savoir où il se trouve, et, quand la connaissance est totalement rétablie, il ignore ce qui s'est passé : il s'agit là d'une attaque avortée, comparable à un *vertige*.

14 *janvier*. — Nous sommes témoins, à la classe, d'une autre attaque : le malade pousse un cri, on l'enlève de son banc et on l'étend sur le sol non sans quelques difficultés, par suite des convulsions dont il est agité : les membres s'étendent et se fléchissent alternativement avec violence, tandis que le corps se tortille en tous sens à terre ; au bout d'un instant, survient une *rigidité absolue* : la tête est fortement étendue en opisthotonos, les membres inférieurs se maintiennent en extension, tandis que les bras prennent l'*attitude du crucifiement* avec les poings fermés, les pouces en dehors. Cette phase de tétanisme dure environ 15 secondes ; au bout de ce temps, l'enfant ouvre les yeux et prononce plusieurs fois de suite les syllabes « tata... tata... ». Il se relève ensuite, ajuste ses vêtements et regarde les assistants d'un air surpris en murmurant toujours « tata... tata... ». Un instant après, il a complètement repris ses sens et se remet au travail. Cinq minutes s'écoulent, au bout desquelles il est de nouveau interrompu dans son occupation par un *vertige* analogue à celui que nous avons décrit à la date du 11 janvier, accompagné de grands mouvements de circumduction des bras et des jambes et qui se termine de même.

23 *janvier*. — A cinq heures et demie du soir, au moment où l'un de nous entrait à l'infirmerie, il voit l'enfant chanceler et tomber lourdement, soutenu par d'autres malades, sans pousser un cri : étendu à terre sur le dos, il est pris aussitôt de *convulsions cloniques* : le corps se déplace en *cercle* autour d'un pivot formé par les deux épaules fixées au sol. Cette *locomotion circulaire* dure environ 15 secondes et cesse pour faire place à des mouvements de *projection du bassin* sur place. Ceux-ci vont en diminuant de violence et d'amplitude jusqu'à ce que le corps tombe immobile et se fixe en *contraction*. *Les bras se mettent en croix* ; les jambes sont en extension ; les pieds croisés. (*Attitude du crucifiement*). Les mains se fléchissent fortement sur les avant-bras et les poings se ferment, les pouces en dehors. Bientôt, à la contracture des membres, succède une *trémulation convulsive* et, peu d'instants après, l'enfant se relève de lui-même : il reste debout quelques secondes, sans mot dire ni prêter attention aux questions qu'on lui adresse ; puis il fait quelques pas, titubant et chancelant de côté, pour venir s'appuyer au rebord d'une table ; il est pris, dans cette position, d'une nouvelle crise.

Elle débute par de grands mouvements des bras et des jambes ; l'enfant tombe. Les convulsions reparaissent alors sous forme d'une *trépidation* dont les oscillations vont en augmentant d'amplitude jusqu'à dépasser en violence celle de la phase initiale. Le malade embrasse fortement la jambe d'un assistant et s'en sert comme de

pivot pour projeter lourdement et dans tous les sens ses membres inférieurs . En même temps que ces phénomènes, il présente de la rougeur de la face et son visage prend un aspect grimaçant consistant surtout en une sorte de moue due à la projection des lèvres. Les pupilles sont modérément dilatées et ne se contractent pas à l'approche d'une lumière.

A cette *phase clonique* succède, comme tout à l'heure, la *rigidité tonique;* le corps entre *en extension forcée,* de façon à ne reposer que sur les talons et l'occiput et à former un *arc de cercle* qui dure à peine une seconde. Le tronc retombe à plat, les bras se portent aussitôt dans l'*attitude du crucifiement,* tandis que les membres inférieurs se mettent dans un état d'extension telle qu'ils ne touchent plus le sol et que les talons restent une ou deux secondes élevés à environ 30 centimètres du sol. Comme complément de cette attitude, nous notons l'inflexion de la tête sur l'épaule droite.

Période de délire. — L'attaque dure depuis une minute environ, lorsque se produit une véritable détente. L'enfant se couche sur le côté gauche, puis se relève aussitôt et reste debout, immobile, pendant deux secondes; son visage revêt une expression de fureur concentrée ; il s'avance vers un infirmier en disant d'une voix menaçante : « Ah ! tu veux toi... » et se jette sur lui en le frappant. Bien que très robuste, cet homme a peine à maintenir l'enfant qui se débat pendant quelques instants. L'attaque enfin cesse subitement; le malade annonce que « c'est fini » et qu'il n'a qu'un peu de céphalalgie.

Interrogé sur les sensations qu'il a éprouvées au début de la crise, il raconte qu'elle s'est annoncée par une sorte de chatouillement qui s'est manifesté au niveau de l'ombilic et qui est remonté à travers la poitrine pour venir se transformer au cou en une sensation d'étouffement : c'est à ce moment qu'il a perdu connaissance.

25 *janvier. — Autre attaque.* L'enfant tombe sans pousser de cri. Les bras se mettent en extension et s'élèvent perpendiculairement au tronc; on note cinq secousses tétaniformes rapides, suivies de rougeur à la face et de quelques convulsions cloniques. Après un premier répit de courte durée, apparaissent de grands mouvements des membres et des tortillements du tronc.

Nouveau repos et, à la suite, réapparition des mouvements de translation au cours desquels l'enfant se glisse sous un lit.

1er *février. — Attaque épileptoïde.* Pendant qu'on pratique l'examen physique du malade, assis sur son lit, on voit ses yeux se convulser en haut et il cesse aussitôt de répondre aux questions qu'on lui pose ; le corps devient rigide, les paupières restent immobiles ; les pupilles se dilatent, la face rougit peu à peu, à mesure que la respiration se suspend. Les bras s'étendent roides, un peu soulevés au-dessus du lit ; la main gauche est en griffe et la main droite se

ferme, le pouce en dehors. Les membres inférieurs sont rigides, en extension (*phase tonique*). Au bout de quelques secondes surviennent des *secousses tétaniformes*, avec clignotement spasmodique des paupières (*phase tétaniforme*) et, après quelques *convulsions cloniques* (*phase clonique*), apparaît la résolution musculaire, accompagnée de *stertor* et de production d'écume buccale non sanguinolente (*phase de stertor*). Cet ensemble de phénomènes constitue un type de la *période épileptoïde* de la grande attaque.

Pendant ce temps, on a pratiqué une *compression modérée des testicules*, comme moyen abortif de l'attaque, mais on n'a pas constaté de résultats appréciables. Après quelques minutes de rémission, le tétanisme se reproduit et détermine une incurvation du corps en *arc de cercle*, assez prononcé pour permettre de passer deux poings superposés sous l'ensellure lombaire. Cet état, qui constitue la *seconde période* de la grande attaque, dure une minute, puis l'enfant s'assied, regarde les assistants d'un œil étonné, cherche à les écarter de la main et se recouche en se cachant dans ses draps. Quelques instants après, reparaissent quelques convulsions épileptoïdes et l'attaque se termine. — La troisième période de la grande attaque, celle de délire, a donc fait défaut. Le malade revient à lui et se plaint d'une sensation de boule qui l'étreint à la gorge.

9 *février*. — L'enfant est pris d'une attaque dans laquelle on note, comme particularités : l'*attitude du crucifiement;* l'*arc de cercle* très prononcé pendant environ une minute ; quelques *vagues abdominales* après la fin de la première période ; enfin, des *mouvements de projection du bassin*, et une *dyspnée* intense. La *compression testiculaire* ne produit aucun effet ; la pression sur les fosses iliaques donne un résultat très douteux.

6 *avril*. — Buch... demande avec instance à prendre des douches et, comme on lui oppose un refus à cause de l'évolution du vaccin qu'on lui a inoculé récemment, il est aussitôt pris d'une attaque ; celle-ci est analogue à quelques-unes des précédentes ; *elle se réduit à la période épileptoïde* avec prédominance du tétanisme et prend fin, sans stertor, par des soupirs et par quelques mouvements de déglutition, suivis de sommeil.

11 *juillet*. — A l'occasion d'une contrariété insignifiante, le refus de lui donner des douches, l'enfant tombe en attaque. On observe la période épileptoïde avec rigidité tonique, convulsions cloniques et apparition d'écume salivaire aux lèvres. La *compression des zones hystérogènes* (voir plus loin) ne donne aucun résultat. Après une phase de résolution musculaire de quelques instants, le malade se relève sur son séant, se frotte les yeux et se met à exécuter sur place des mouvements de circumduction des membres inférieurs ; sur l'ordre qu'on lui intime de se relever, il se dirige en se traînant sur les mains et les fesses, suivant une longueur de trois

à quatre mètres, vers une porte dont il se sert comme de support pour se mettre sur pied. Revenu à lui, il redemande à prendre des douches et, sur un nouveau refus, retombe en attaque : la période épileptoïde se déroule dans toutes ses phases jusqu'à celle de résolution musculaire inclusivement; après deux ou trois minutes d'immobilité, survient un accès de *toux gutturale*, accompagné de *cyanose de la face*, avec efforts de vomissements. Ces phénomènes durent peu, et, à la suite, le malade s'assied sur son séant et recommence les *mouvements de circumduction et de translation* de l'attaque précédente.

Examen de la sensibilité. — A aucune période de la maladie, en dehors des attaques et de l'état d'hypnotisme, nous n'avons observé de troubles de la sensibilité générale chez notre malade et, de même qu'il n'y a jamais eu d'anesthésie, jamais nous n'avons constaté de paralysie. Toutefois, à différentes reprises et pendant toute la durée du séjour à l'hospice, nous nous sommes assurés de l'existence d'un certain nombre de points, douloureux à la pression, analogues aux *zones hystérogènes* qui existent chez les femmes hystériques, avec cette différence que, dans le cas actuel, il aura toujours été impossible en comprimant de provoquer ou d'arrêter les attaques. Ces points hyperesthésiques ont été rencontrés dans les régions suivantes :

1° Une surface de l'étendue d'une pièce de cinq francs, sise à deux centimètres du vertex et empiétant à gauche de la ligne médiane; la pression et le passage du peigne sont douloureux en ce point (*clou hystérique*), mais ne déterminent pas d'irradiations. Il paraît cependant, qu'à la suite d'un coup de règle appliqué par un camarade et reçu sur le vertex, l'enfant serait tombé en attaque; — 2° au niveau des gouttières des 4°, 5° et 6° vertèbres dorsales, avec prédominance à gauche (*rachialgie*), la douleur est parfois spontanée dans cette région; toujours elle est déterminée par la pression, mais il n'y a ni irradiation, ni troubles hyperesthésiques ou vaso-moteurs de la peau; — 3° et 4° deux zones symétriques au niveau du deuxième espace intercostal, de chaque côté du sternum; — 5° un point sensible au-dessus du mamelon droit; — 6° et 7° deux zones douloureuses symétriques, au niveau des flancs, dont la pression s'accompagne d'anxiété respiratoire; — 8° et 9° deux régions situées à 3 centimètres de l'épine iliaque, en deux points correspondant au siège de l'ovaire chez la femme ; à cet endroit la pression du doigt est péniblement supportée et détermine une sorte d'étouffement qui serait susceptible, au dire du malade, d'aboutir à une attaque, si on la prolongeait.

Aura. — Interrogé de nouveau sur ce point, l'enfant nous a fourni des renseignements qui peuvent se résumer ainsi : dans certains cas, les phénomènes prémonitoires de l'attaque consistent

en une sensation douloureuse, dirigée d'une zone iliaque à l'autre et produisant, d'après le malade, l'effet « d'un chemin de fer qui passe ». Le plus souvent, comme nous l'avons rapporté plus haut, l'aura débute par une sensation de boule qui naît au-dessous de l'ombilic « semblable à une grosse bille » et qui remonte à l'épigastre. De là, tantôt elle se porte jusqu'au cou et y détermine un étouffement. En même temps le malade voit trouble; il entend des «ding. . . ding... ding... » et éprouve des douleurs à la région temporale, le tout avec prédominance du côté gauche. L'attaque suit immédiatement l'apparition de cet ensemble de phénomènes. — D'autres fois, parvenue à l'épigastre, cette sensation de boule redescend vers le pubis, disparaît, et, en ce cas, la crise avorte.

Magnétisme minéral. — Métalloscopie. Nous nous sommes enquis, à maintes reprises, de l'intégrité de la sensibilité chez notre malade, et nous avons tenté de la modifier par différents moyens. C'est ainsi que nous avons soumis l'enfant à l'action de deux forts *aimants* que nous avons laissés en place, près de la peau et à la hauteur du bassin, durant plus d'une heure; le malade nous a dit avoir ressenti pendant ce temps comme des bouffées de vent dirigées du tronc vers les extrémités inférieures, mais la sensibilité ne s'est en rien modifiée. — Bien qu'il ne fût pas anesthésié, nous avons recherché si *l'application de divers métaux* sur les téguments ne pourrait pas avoir quelque retentissement sur la sensibilité, et il nous a semblé que, sous l'influence d'un bracelet de plaques de *cuivre*, les sensations tactiles devenaient un peu émoussées. Le malade percevait douloureusement la piqûre d'une épingle, mais ne se rendait pas compte du frottement de la pointe sur les téguments. Ce résultat, toutefois, nous a semblé assez peu net pour que nous ne le rapportions que sous réserves.

Hypnotisme. — Pour déterminer l'anesthésie, nous avons eu recours d'autre part à l'hypnotisme et, par ce procédé, nous avons obtenu les résultats les plus concluants. Dans de nombreuses expériences, il nous a toujours été facile d'endormir notre malade soit au moyen de la fixation des yeux par le regard, soit au moyen de passes magnétiques, soit enfin en lui faisant regarder avec persistance un objet brillant. Jamais, cependant, nous n'avons pu produire chez lui l'état cataleptique, et c'est en vain que nous avons frappé ses sens d'impressions vives et subites, tantôt en portant un coup brusque sur un gong placé près de son oreille à son insu, tantôt en produisant inopinément devant ses yeux une flamme vive, celle que détermine, par exemple, la poudre de lycopode projetée sur une lampe à alcool. Non plus que l'état cataleptique d'emblée, nous n'avons pu déterminer de véritable catalepsie au cours de l'hypnotisme, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par l'exposé qui suit de quelques-unes de nos expérimentations.

Première expérience (21 *avril* 1881). — L'un de nous s'assied vis-à-vis du malade et dirige fixement le regard sur ses yeux. Au bout de quelques minutes, on observe quelques battements des paupières qui se ferment progressivement, en même temps que les yeux se couvrent de larmes et se dirigent en haut. L'enfant est plongé dans le sommeil hypnotique et, de ce moment, *toute sensibilité disparaît.* La transfixion de la peau des avant-bras par une épingle et la piqûre du visage n'amènent aucun mouvement réflexe. Il n'y a pas d'hyperexcitabilité musculaire (tapotements des muscles et des avant-bras, du biceps, du sterno-cléido-mastoïdien, etc.). On élève le bras gauche et en même temps on écarte les paupières du côté correspondant, mais on n'obtient pas de catalepsie et le membre retombe inerte. Après six minutes de sommeil hypnotique, le malade revient à lui sans conserver aucun souvenir de ce qui s'est dit autour de lui et de ce qu'on lui a fait.

Deuxième expérience (23 *avril*). — On endort le malade par la fixation du regard, en six minutes. Les phénomènes qui annoncent l'invasion et la cessation de l'hypnotisme sont les mêmes que précédemment. On incise une pustule d'acné pendant le sommeil anesthésique, qui dure trois minutes. On recommence immédiatement l'expérience et l'état hypnotique dure, cette fois, cinq minutes. La sensibilité reparaît immédiatement avec le réveil. Pendant l'expérience, le pouls a battu 60 et les mouvements respiratoires ont été de 20 à la minute.

Troisième expérience (29 *avril*). — Le malade est endormi par le regard en trois minutes; pendant le sommeil qui dure deux minutes, on projette quelques gouttes d'eau sur la peau abdominale, et ce contact détermine un mouvement spasmodique des muscles du ventre; le réveil s'annonce par de profonds soupirs. A une seule reprise, le contact de l'eau froide sur le tronc produit des spasmes musculaires.

Quatrième expérience (5 *mai*). — Le sommeil hypnotique est obtenu en faisant fixer du regard une baguette de verre, pendant trois minutes. On ordonne à l'enfant de se lever et de marcher; bien que ses yeux soient exactement clos, il suit avec précision et sans hésiter dans sa démarche l'expérimentateur qui l'a endormi, il évite habilement les obstacles nombreux et variés qu'on place devant ses pas. On tente, d'autre part, de déterminer chez lui l'*aphasie cataleptique*, en lui soulevant subitement l'une et l'autre paupières pendant qu'il compte à haute voix. Cet essai demeure infructueux.

Cinquième expérience (4 *juillet*). — L'enfant est mis en état d'hypnotisme au moyen de *passes magnétiques;* on parvient, par ce procédé, à prolonger le sommeil pendant douze minutes, et on constate les mêmes phénomènes que dans les expérimentations précédentes. Les paupières étant fermées, on étend ou on élève les

bras, et ceux-ci conservent pendant un assez long temps la position qu'on leur a imposée. L'enfant est assis sur le bord d'une chaise, on soulève simultanément ses deux membres inférieurs, de telle sorte que leur axe devienne presque perpendiculaire à celui du tronc, et on les abandonne sans soutien dans cette position insupportable à l'état normal. Le malade reste néanmoins immobile, fixé dans cette position, et ce n'est qu'au bout de dix minutes que les talons sont graduellement descendus jusqu'à terre. On a élevé les bras en même temps que les jambes, et on les a également maintenus en extension perpendiculaire à l'axe du tronc. Le réveil s'annonce par quelques mouvements de déglutition, en même temps que le visage se couvre de sueur. A la suite de cette expérience, plus prolongée que de coutume, le malade reste quelques instants sans revenir totalement à lui, et, au bout de deux minutes, il est pris d'une attaque à forme épileptoïde.

1882. 17 *juin*. — On fait une dernière tentative d'hypnotisme. Le malade est endormi par la fixation du regard avec un peu plus de difficulté que par le passé et, pas plus qu'autrefois, on ne peut obtenir de contracture artificielle. On fait marcher l'enfant, les yeux fermés, comme dans les expériences précédentes.

Le *nombre des attaques*, très considérable dans les premiers temps du séjour à l'hospice, est allé en déclinant, surtout dans la dernière moitié de 1881, et le malade a pu sortir guéri en juin 1882. Nous reproduisons ci-contre, sous forme de tableau synoptique, l'ensemble des attaques qu'on a observées durant le séjour à l'hospice :

	1880	1881	1882		1880	1881	1882
Janvier. . .	»	59	1	Juillet . . .	»	14	»
Février. . .	»	25	2	Août. . . .	»	1	»
Mars . . .	»	26	»	Septembre. .	»	»	»
Avril . . .	»	28	»	Octobre. . .	5	»	»
Mai. . . .	»	16	»	Novembre. .	23	1	»
Juin. . . .	»	12	»	Décembre. .	15	»	»

Quelque incomplet que soit nécessairement ce tableau, car il est hors de doute qu'un certain nombre de vertiges et peut-être même d'attaques a dû échapper à la surveillance des infirmiers et des infirmières, il suffit à montrer, dans le cas actuel, la marche qu'a suivie l'hystéro-épilepsie.

Pendant toute la durée du séjour à l'hospice, et, par suite, pendant tout le temps que la maladie s'est manifestée sous forme d'attaques, l'*état intellectuel* du malade a été en s'améliorant au point de vue des progrès acquis dans l'instruction et dans l'éducation. Pour en donner une idée exacte, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire quelques-unes des attestations fournies à

ce sujet par les professeurs chargés de l'instruction de l'enfant. La première, prise à l'entrée à l'école le 11 *octobre* 1880, est ainsi conçue : « Buch... commence à lire couramment et à écrire en fin; il connaît exactement la table de multiplication, mais ne possède aucune connaissance de l'orthographe; il n'a aucune notion en gymnastique. »

La note du 1er *juillet* 1881 dit : « L'écriture est nette et régulière; sans faire de progrès sensibles, l'enfant possède des notions d'arithmétique assez étendues et fait exactement les problèmes d'application; il a de temps à autre des bizarreries de caractère ; son instruction primaire est peut-être suffisante, mais la civilité fait défaut ». — En gymnastique, on constate, à la même date, beaucoup de progrès.

13 *décembre* 1881. — Le malade est envoyé à l'atelier de serrurerie ; il s'y montre turbulent et difficile à maintenir au travail; il ne pense qu'à jouer et « cherche à aller aux cabinets avec les autres enfants ».

17 *décembre*. — « Intelligence assez ouverte; — caractère violent à la classe; il tient des propos inconvenants et obscènes et on a peine à le maintenir. »

24 *mai* 1882. — « Lecture courante et assez expressive; l'enfant comprend bien les problèmes; sa mémoire est bonne et il apprend aisément l'histoire et la géographie ; il se rend nettement compte des démonstrations qu'on lui fait. En résumé, il se montre intelligent, mais il est turbulent et d'un caractère difficile. »

Pendant son séjour à Bicêtre, en dehors de la névrose qui l'y a amené, l'enfant est généralement resté en bonne santé, à part toutefois quelques accidents d'origine scrofuleuse : amygdalites, impétigo du cuir chevelu et des oreilles, bronchites, eczéma des jambes, etc.

Le *traitement* général de l'hystéro-épilepsie que nous avons mis en œuvre a consisté en *hydrothérapie* (douches); en *bromure d'arsenic* administré, à diverses reprises, à la dose de deux à cinq centigrammes augmentant d'un centigramme tous les huit jours, dirigé à la fois contre la névrose et les accidents cutanés; en sirop d'iodure de fer, huile de foie de morue et vin de gentiane à cause des manifestations scrofuleuses. Le malade s'est sérieusement développé sous le rapport physique, comme le démontrent les notes suivantes :

	POIDS.	TAILLE.
1880. Octobre	37 kil. »	1 m. 50
1881. Juillet	41 — 30	1 — 52
1882. Janvier	43 — 20	1 — 55
— Juin	47 — »	1 — 59
1883. Mai	49 — 50	1 — 65

Autant que possible, nous faisons revenir à notre consultation, de temps en temps, les malades sortis, améliorés ou guéris. Nous avons eu l'occasion de revoir Buch... plusieurs fois et nous avons recueilli les notes ci-après :

1882. *Octobre.* — Depuis sa sortie, l'enfant a exercé la profession de chaudronnier jusqu'à la fin d'août. Il a été pris d'une attaque en juillet et de deux dans le courant du mois d'août, toutes trois très légères. Sa mère est contente de lui : « C'est un bon garçon, dit-elle, il fait tout ce que je dis ». Il se montre très affectueux et très complaisant et ne dispute pas ; enfin, s'il se met en colère, il revient rapidement au calme. Son sommeil serait troublé par des rêves fréquents, n'affectant pas le caractère de cauchemars, et ayant trait à son travail : il cause parfois à haute voix pendant son sommeil. Son occupation actuelle consiste à aider sa mère dans les travaux du ménage. La sensibilité est parfaite, et les zones hystérogènes ont disparu. — L'eczéma, en voie de guérison, est limité à la jambe droite (liq. de Fowler; tisane de sené et pensée sauvage ; bains d'amidon).

1883. 22 *mai.* — B... n'a pas eu d'attaques jusqu'au 6 de ce mois. Ce jour-là, un ouvrier de son atelier, prétextant à tort que B... avait battu son frère, s'est jeté sur lui à l'improviste, et lui a donné des coups sur la tête. Cette rixe a causé une vive émotion à B... ; sur le moment, il n'a ni pleuré, ni tremblé ; il s'est remis au travail, mais au bout de dix minutes, durant lesquelles il assure n'avoir rien éprouvé de particulier, il est tombé brusquement par terre, sans connaissance, le corps tout roide. Presque aussitôt, il s'est relevé ; on lui a lotionné la figure avec de l'eau froide, et il a recommencé à travailler. Depuis lors jusqu'à ce matin, il n'a pas eu de nouvelles attaques. Son sommeil est tranquille. Deux ou trois fois par mois, depuis la fin de 1882, il a des douleurs de tête, prédominant au niveau du front ; la vue est brouillée. « Si, dit-il, je regarde le soleil, je vois des boules de toutes les couleurs... Dès que j'ai vomi, c'est passé. » Toutes les fonctions sont normales ; il ne présente aucun trouble de la sensibilité générale et spéciale.

Sa mère est toujours satisfaite de sa conduite. Il travaille bien (cartonnier), gagne 3 fr. 85 par jour, rapporte tout son gain à la maison. Il fait partie de la Société des clairons de Pantin.

29 *octobre.* — B... a eu une *attaque* le 21. La veille, il a eu une peur occasionnée par la chute d'un monte-charge. La crise n'a duré que deux minutes, et il s'est remis aussitôt à son travail. Les *migraines* persistent et reviennent chaque mois.

I. Nous n'avons rien à relever dans les antécédents héréditaires, à l'exception des *excès alcooliques* du père qui sont probablement plus fréquents qu'on ne nous l'a dit ; il n'est pas

rare, en effet, que les mères de nos malades, ouvrières, femmes d'ouvriers, déclarent que leurs maris « boivent comme tout le monde », ou même sont sobres quand il ne leur arrive de rentrer ivres qu'assez rarement et alors ne se montrent pas violents envers elles : il y a là une sorte d'indulgence singulière. A l'appui de notre hypothèse, nous rappellerons que deux sœurs du malade sont mortes de *convulsions;* qu'une autre est atteinte de *zézaiement* et d'*hystérie;* que le malade ainsi que deux de ses sœurs offrent une malformation des orteils : la *syndactylie*. Ajoutons encore que Buch... présente une asymétrie du crâne et de la face et notons, en passant, que, s'il est hystérique, il n'est pas épileptique.

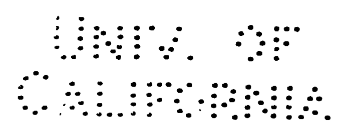
II. L'*hystérie* a débuté à douze ans et demi, à la suite d'une vive frayeur ; c'est la cause occasionnelle la plus ordinaire.

III. Les attaques, annoncées en général par une *aura*, revêtaient des aspects divers. *a*) En premier lieu, la *forme syncopale*, consignée si fréquemment chez les hystériques *démoniaques* ou *extatiques* d'autrefois et que l'on retrouve chez les hystériques de nos jours.

b) La *forme vertigineuse* se présentait ici avec des caractères ressemblant beaucoup à ceux des vertiges épileptiques. C'est là une des manifestations les plus curieuses et les moins bien étudiées de l'hystérie. L'un de nous en a donné de nombreuses descriptions, mais il reste à faire un tableau d'ensemble. Certaines hystériques, par exemple Geneviève B...[1], ont, à certaines époques, durant plusieurs semaines, de nombreux vertiges. Tant que celle-ci était sous le coup de ses vertiges, son intelligence semblait diminuée ; la physionomie exprimait un certain degré d'hébétude ; les forces physiques paraissaient affaiblies et on notait un amaigrissement assez prononcé. Mais dès que les vertiges cessaient, la malade revenait à son état intellectuel antérieur. Si l'on en jugeait d'après les cas, encore trop peu nombreux, que nous avons observés, il y aurait donc une différence notable entre les accidents vertigineux des hystériques et les *vertiges épileptiques* qui, comme on le sait, ont une action si redoutable sur les facultés intellectuelles.

c) Quant aux *grandes attaques*, elles ont été souvent incom-

[1] Voir Bourneville et P. Regnard. — *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. I, p. 49, et t. II, p. 202.



plètes; mais, si l'on fait la synthèse des attaques observées à diverses époques, on y retrouve les périodes classiques : 1° la *période épileptoïde* était le plus souvent très courte ; parfois elle se montrait avec les phases ordinaires (tonique, tétaniforme, clonique, stertor), par exemple le 1er février 1881; — 2° la *période clonique* se compliquait de *mouvements de circumduction, de translation*, de projection du bassin ; de plus, on notait des vagues abdominales, au moment des rémissions[1]; — 3° l'*attitude du crucifiement*[2] qui était très commune, l'*arc de cercle* qui était très accusé, constituent encore de nouvelles analogies avec les attaques hystériques de la femme ; — 4° la *période de délire* était tout à fait passagère et avait un caractère spécial de violence.

IV. Signalons encore les *accès de toux gutturale*, les *zones hystérogènes* à l'état rudimentaire ; l'inefficacité de la compression de ces zones ou de la *compression des testicules* sur la production ou l'arrêt des attaques ; l'absence de troubles de la sensibilité.

V. Les expériences instituées pour produire l'*hypnotisme* ont montré que les effets obtenus, complets en ce qui concerne la période de résolution musculaire, d'insensibilité absolue, ainsi que le démontre l'incision d'une grosse pustule d'acné, étaient incomplets en ce sens que nous n'avons jamais pu déterminer de *catalepsie*, ni d'*aphasie cataleptique*. Le *somnambulisme* nous a paru incontestable chez ce malade. Inutile de dire que, dans ces expériences, toutes les précautions possibles ont été prises pour déjouer toute supercherie de la part du malade.

[1] Ces mouvements, qui transportaient violemment et avec rapidité les malades, avec projections des membres de côté et d'autre, étaient fréquents chez les *possédées* d'autrefois et donnaient lieu à des scènes tantôt comiques, tantôt scandaleuses. — Parlant de citoyens d'Ammon *démoniaques*, Jean Wier écrit : « Le troisième se mit à croupeton et se recourba du tout en devant, puis se roula vers la porte de la chambre, par laquelle soudainement ouverte il se ietta, et tomba du haut en bas des degrez sans se faire mal. » (J. Wier. — *Histoires, disputes et discours des illusions et impostures des diables*, etc. Réimpression en cours, t. I, p. 537). — Un de nos jeunes malades, durant la période clonique, exécute des mouvements de translation circulaire, ayant la tête pour centre, et s'accompagnant de mouvements extrêmes de flexion et d'extension des membres inférieurs qui frappent bruyamment le parquet.

[2] Dans le *Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée du malin esprit* à Louviers (1591), qui forme le second volume de la *Bibliothèque diabolique*, il est dit que Françoise « estoit tombée à terre sur son doz toute de son long, *ayant les deux bras estendus en croix* » (p. 25-30).

VI. De même que dans les trois cas que nous avons publiés autrefois, c'est à l'*hydrothérapie* que nous devons la disparition des attaques de notre malade. Il est sorti alors qu'il n'avait plus de crises depuis quatre mois. Et, depuis cette époque, il n'a eu que des accidents très légèrs, occasionnés par des émotions vives et à des intervalles très éloignés. Il ne présente aucun signe permanent de l'hystérie; son développement physique s'est fait d'une façon régulière, son caractère est devenu plus égal et ses facultés intellectuelles suivent leur évolution normale.

Note complémentaire. — 23 *janvier* 1884. Le 4 décembre dernier, B... a été blessé à la main gauche par un laminoir. On lui fit plonger la main dans de l'eau froide. Au moment de l'immersion, il fut pris d'une petite attaque qui ne dura que quelques instants. Le traumatisme a exigé un repos de onze jours. — Le 17 décembre, trois attaques très fortes. — Depuis lors, jusqu'à ce jour, aucun accident. — Il est toujours sujet à des *colères* sans motif. Les *migraines* n'ont pas reparu depuis le 10 novembre.

B... n'a pas de barbe. Les poils sont nombreux à la racine de la verge qui est grosse et assez longue. Les bourses sont pendantes, les testicules de la dimension d'une noix. Le prépuce est long, le gland découvrable. B... assure ne pas se toucher, ne pas avoir eu de rapports sexuels et ne pas y penser.

23 *avril*. B... n'a pas eu de nouvelles attaques. Renvoyé de son atelier à la fin de mars, parce qu'il n'y avait pas d'ouvrage, après quelques semaines, il avait trouvé de l'occupation dans une fabrique de carton. Mais, peu après, une ouvrière, qui l'avait vu chez son précédent patron, ayant raconté qu'il avait des attaques, on l'a remercié. Il vient demander un certificat constatant qu'il n'est que très rarement malade.

Nous voyons la sœur de B... Elle est grande, blonde, a une physionomie assez régulière. Elle *nasonne* plutôt qu'elle ne bégaie; la voûte palatine est profonde, ogivale, étroite; l'arcade dentaire supérieure est saillante. Son intelligence paraît au-dessous de la moyenne. — Ses *attaques* ont été occasionnées par la peur d'un chien sur lequel elle est tombée, en voulant se sauver. C'est une demi-heure après l'émotion qu'a éclaté la première attaque. Elle n'en aurait eu que cinq ou six. Mariée à dix-sept ans, elle a eu un enfant au bout d'un an. Les attaques, qui avaient cessé vers quatorze ans et demi, n'ont pas reparu jusque deux semaines après ses couches (dix-huit ans). Un soir, son mari, qui est ivrogne et violent, la bat, en rentrant ivre. Il a voulu avoir des rapports avec elle ; elle a refusé, s'est levée, a passé la nuit debout. Le lendemain matin, elle a eu une attaque qui a duré une demi-heure. Depuis cette époque, pas d'attaques.

III.

Idiotie et épilepsie partielle consécutives à une méningo-encéphalite chronique;

Par BOURNEVILLE et LEFLAIVE.

Le fait qu'on va lire fournit un nouvel exemple de la forme d'*idiotie*, consécutive à une *méningo-encéphalite chronique*, sur laquelle l'un de nous a déjà appelé l'attention à diverses reprises. Le diagnostic anatomique a pu être porté durant la vie; il est donc probable que, dans un temps prochain, il sera possible de tracer un tableau complet de cette forme d'idiotie, qui, dans ce cas, était compliquée d'*épilepsie partielle*.

OBSERVATION. — *Grand-père et grand'mère paternels paralysés.— Oncle maternel paralytique général. — Frères et sœurs morts de convulsions.*

Convulsions de deux mois à deux ans. — Méningite à trois ans, suivie d'affaiblissement paralytique du côté gauche. — Premiers vertiges à trois ans et demi. — Premiers accès vers quatre ans. — Diminution progressive des facultés intellectuelles : idiotie, ou mieux démence. — Traitement des accès par l'acide sclérotinique. — État de mal. —Température élevée.— Amélioration.— Broncho-pneumonie. — Mort.

Autopsie : Adhérences de la pie-mère à la substance grise. — Décortication totale, par foyers, de la substance grise. — Induration et atrophie de la substance blanche sous-jacente. Différence de 120 grammes entre les deux hémisphères cérébraux. — Lésions pulmonaires.

Bourgui..., âgé de six ans, est entré le 11 septembre 1882, à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par son père (10 novembre 1882). — *Père*, quarante-cinq ans, homme de peine; pas d'excès d'aucun genre; assez intelligent; pas d'accidents nerveux. [*Père*, cultivateur, mort à soixante-quatre ans «de *paralysie*, un peu de partout, mais surtout de la langue». — *Mère*, quatre-vingt-deux ans, bien portante, pas d'attaques de nerfs. — *Grand'mère* maternelle, morte *paralysée*. — Pas d'aliénés, etc., dans la famille.

Mère, trente-sept ans, fait son ménage, intelligente, d'habitude bien portante, actuellement convalescente d'une fièvre typhoïde; elle n'a pas d'attaques, mais est très nerveuse et se trouve quelquefois mal, à la suite de contrariétés. [*Père*, soixante-quatre ans, fruitier, en bonne santé. — *Mère*, morte de la poitrine à vingt-huit ans. — Un *frère* est mort de *paralysie générale progressive* dans le service de M. J. Voisin, à Bicêtre, il y a un an, après y être resté dix-huit mois; il avait commis de nombreux *excès de boisson*. — Pas d'autres aliénés, pas de paralysés, pas de difformes, ni de suicidés ou de criminels dans la famille.] — Pas de consanguinité.

Dix enfants et fausses couches : 1° garçon, quatorze ans, intelligent, pas de convulsions; — 2° fille, morte à neuf ans d'accidents pulmonaires ayant duré huit jours; *convulsions* jusqu'à quatre ans, était très intelligente; — 3° fille, morte en nourrice à deux mois, on ne sait de quoi; aurait eu de légères *convulsions*; — 4° garçon, mort de diarrhée à un mois; pas de convulsions; — 5° garçon, bien portant, a eu des *convulsions* jusqu'à trois ans; — 6° fausse couche à six mois, sans motifs; — 7° fille, morte à deux ans et demi de *méningite*, avait déjà eu des *convulsions*; — 8° fausse couche; — 9° notre malade; — 10° fille, de sept mois, pas de convulsions.

Notre malade. Rien de particulier lors de la *conception*, durant la *grossesse*, ni à la *naissance*. Nourri au sein par sa mère jusqu'à dix-huit mois. A deux mois, *premières convulsions* ayant duré de cinq à dix minutes. Depuis cette époque jusqu'à l'âge de deux ans, il en aurait eu à cinq ou six reprises; elles étaient courtes et légères; pas d'autres détails. Il a commencé à parler et à marcher seul à un an et a été propre vers quinze mois. A trois ans, il était bien constitué, ressemblait aux autres enfants et allait à l'asile. C'est à cette époque qu'il a eu une *méningite* qui aurait duré six semaines, et pendant laquelle il aurait été quinze jours sans connaissance, délirant, mais n'aurait pas eu de convulsions. Dans le cours de la maladie, le bras gauche perdit la sensibilité et le mouvement; le médecin n'aurait pas exploré la jambe. Après cette maladie, B... marcha difficilement et eut tout le *côté gauche plus faible;* mais, au bout d'un mois, il marchait bien et pouvait se servir de son bras gauche. La *parole* était plus lente qu'avant la maladie; il ne bégayait pas.

Deux mois après la convalescence, il retourna à l'asile; il apprenait

bien et avait de la mémoire, mais, tous les huit à dix jours, il avait un « *étourdissement* » : il tombait par terre brusquement et se relevait aussitôt. Six mois plus tard, ces étourdissements ayant augmenté de fréquence, il fut renvoyé de l'asile; il était âgé d'environ quatre ans. Il resta alors à la maison. Les étourdissements devinrent plus fréquents et finirent par être quotidiens; souvent il se blessait, et il s'est ainsi cassé toutes les dents.

Le premier *accès* eut lieu en novembre 1881. Dans un accès (février 1882), il se brûla le cou et la figure avec une marmite de soupe et cette brûlure mit six semaines à guérir.

A partir de l'année 1882, il eut plusieurs vertiges et plusieurs accès par jour sans jamais avertir. La parole devint de plus en plus difficile, et, à partir du mois de juillet, la déchéance intellectuelle s'est accusée : il est devenu gâteux, vorace ; la marche s'effectuait difficilement, il désaprit l'usage du couteau et de la fourchette et mangeait lentement avec une cuiller. Il bave depuis dix-huit mois. Il reconnaît son père, mais moins sa mère; autrefois caressant, il est maintenant indifférent. Les accès et les étourdissements au moment de l'entrée revenaient *jour* et *nuit*; mais, la nuit, ce sont plutôt des étourdissements. Depuis sa méningite, il a très rarement des cauchemars; il n'en n'avait jamais eu auparavant. Traitement antérieur par le *bromure de potassium*. Ni succion, ni balancement, ni grincement de dents. Pas d'accès de contracture. — Aucune fièvre éruptive. Croûtes fréquentes du cuir chevelu. — Diagnostic : *Idiotie consécutive à une méningo-encéphalite ; épilepsie.*

Du 5 au 28 *octobre*, la température s'est toujours maintenue entre 38° et 38°,8, sauf une élévation isolée à 40°, le 8 au matin. Le 26, revacciné sans succès avec du vaccin humain à droite et du vaccin de génisse à gauche; du 29 *octobre* au 8 *novembre*, la température a oscillé entre 38° et 37°,6.

1er *décembre*. — Injections hypodermiques *d'acide sclérotinique* [1] (X gouttes de la solution Prévost = 1 centigramme 1/2).

10. — 3 centigrammes d'acide sclérotinique.

15. — 4 centigrammes 1/2. Pendant le mois de décembre, il y eut 194 *vertiges*, dont 169 pendant le jour (maximum 20, le 13); pendant la nuit, il n'y en eut que deux fois: une fois 10 et l'autre 15. Les *accès*, dans la même période, ont été au nombre de 156. Les diurnes ont été quotidiens, sauf une interruption de deux jours et une de trois. Ils ont été au nombre de 135, et leur maximum a été de 11 (25 *décembre*). La nuit, il y en eut 5 du 1er au 29; 6 dans la nuit du 29 au 30, et 10 dans la nuit du 30 au 31. *Ces accès ont toujours été localisés au côté droit.*

[1] Voir Bourneville et Bricon. — *Manuel des injections sous-cutanées.*

30. — Le malade qui descendait à la petite école, se trouve trop faible pour se lever, et reste au lit.

31. — T. R. 39°. — *Soir*: T. R. 39°,4. Dans la nuit du 31 *décembre* au 1er *janvier*, 10 accès.

1883. 1er *janvier*. — Les injections d'acide sclérotinique sont portées à XX gouttes (6 centigrammes); ces injections n'ont jamais produit d'accidents locaux, ni généraux. T. R. 39°, 6. Dans la journée 120 accès. A 3 heures, T. 42°, 6 ; à 5 heures, T. 41°,8 ; à 7 heures, T. 41°,6.

Dans la nuit du 1er au 2, 30 accès ; T. à 9 heures du soir, 40° ; à 11 heures, T. 42° ; à 1 heure du matin, T. 42°,2 ; à 3 heures, T. 42°,5.

2. — T. R. 42°,4. Dans la journée, 199 accès. La *tête*, le *tronc*, et les *membres* sont symétriques. *Organes génitaux* normaux. Le malade est dans le *décubitus latéro-dorsal* droit ; la tête repose sur la joue droite ; la face est pâle ; les yeux sont cernés ; les paupières enflammées sont closes ; en les soulevant, on voit que les globes oculaires sont dirigés vers la droite ; pupilles égales et contractées malgré l'obscurité relative ; narines pulvérulentes ; lèvres sèches, couvertes de fuliginosités.

Le *bras droit* est rapproché du tronc ; l'avant-bras est en demi-flexion et demi-pronation ; la main est fléchie ; les doigts sont à demi-fléchis sur le métacarpe ; les phalanges sont étendues ; le pouce est dans l'adduction,

La *cuisse droite* est étendue sur le bassin ; la jambe est presque étendue. Pas de contracture ; le pied est fortement fléchi et dans l'adduction ; les orteils sont en position normale.

Du *côté gauche*, la flexion incomplète prédomine aussi, mais le malade modifie de temps en temps et spontanément sa position.

On imprime facilement des mouvements à la tête et au cou. Il y a un peu de raideur des muscles extenseurs du rachis.

Le malade, depuis hier matin, n'a pris qu'un potage. Pas de dysphagie, ni de vomissements ; selles diarrhéiques involontaires. L'enfant ne tousse pas ; rien à l'auscultation.

Cet état habituel est traversé par des crises revenant à intervalles variables ; il y en a quelquefois plusieurs en cinq minutes ; mais aujourd'hui, il est rare qu'il y ait plus de cinq minutes entre deux accès.

Description d'un accès. L'attitude habituelle s'exagère ; les membres du côté droit se raidissent davantage ; puis, on observe une *trémulation du membre inférieur droit*, pendant laquelle la jambe se fléchit un peu sur la cuisse, tandis que le pied s'étend sur la jambe.

A la face, trémulation des muscles du *côté droit*, plus marquée sur les muscles qui attirent à droite la commissure labiale ; la di-

rection des yeux à droite s'exagère aussi; mouvements du releveur de la paupière et des élévateurs de l'aile du nez.

Pendant ce temps, du côté gauche, se montrent des mouvements irréguliers, consistant surtout dans les mouvements de circumduction de l'épaule, l'abduction du bras, et la flexion de la jambe. Ni stertor, ni écume. Lorsqu'on remue le malade, il pousse quelques gémissements très faibles. L'état comateux est permanent; nul indice de connaissance dans l'intervalle des accès.

Traitement : Sulfate de quinine, 1 gramme en 4 paquets; eau-de-vie allemande, 15 grammes; 1 sangsue derrière chaque oreille.

3. — Dans la nuit, on a compté 55 accès. T. R. 40°. A la visite du matin, l'état de l'enfant paraît s'être notablement amélioré : il est moins incliné à droite; il ouvre spontanément les yeux et semble regarder autour de lui; les sensations désagréables se traduisent par des gémissements plus accentués; le chatouillement de la plante des pieds produit des réflexes très marqués à droite, très peu à gauche; il n'y a pas d'exagération des réflexes rotuliens. Le bras droit soulevé retombe aussitôt, tandis que le bras gauche se maintient un peu. Même chose aux membres inférieurs.

Sonorité normale dans la poitrine. — Le malade prend un peu de lait. T. R. à une heure 41°. — Le soir T. R. 41°,2. Dans la journée soixante-dix-huit accès. *Traitement* : deux *injections sous-cutanées* de 0 gr. 10 de *sulfate de quinine*; eau-de-vie allemande, 20 gr.; — lotions vinaigrées.

4. — Dans la nuit, qui a été mauvaise, douze accès. Le matin, amélioration. T.R. 39°. — Le malade est couché sur le dos, les yeux ouverts; de temps en temps, on note des mouvements de la bouche. L'enfant est assez éveillé, il demande spontanément à boire. Selles abondantes. — Même traitement; les injections d'acide scléroti-nique sont suspendues. —T. R. à une heure 41°,4. Dans la journée, quatre-vingt-quinze accès dont quatre-vingts après la visite (onze heures). — *Soir* : T. R. 42°,2.

5. — Durant la nuit, quatre accès T.R. 39°,6. Les convulsions sont toujours limitées au côté droit. Léger érythème des fesses. — Injections de sulfate de quinine; — lavement purgatif; — une sangsue derrière l'oreille gauche. T. R. à une heure, 39°,8. — *Soir* : T. R. 40°,4. Dans la journée cinquante accès.

6. — Neuf accès pendant la nuit. A cinq heures T. R. 40°; — à huit heures 39°; — à une heure de l'après midi, T. R. 42°,6. Dans la journée vingt accès.

7. — Le malade n'a eu dans la nuit qu'un seul accès; il appelle sa mère et demande à boire. T. R. 40°; — à une heure, T. R. 39°,6. — *Soir* : T. R. 39°; pas d'accès.

8. — Un accès dans la nuit. T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 39°,6. Un seul accès dans la journée.

9. — Pas d'accès dans la nuit, qui a été bonne ; l'amélioration s'accentue. Le malade répond à quelques questions, demande du lait et repousse le bouillon. Les mains sont fraîches; le pouls est assez fort (84). T. R. 38°,8. — Le malade qui, à son entrée, pesait seize kilogr., n'en pèse plus que quatorze. — *Soir* : T. R. 39°,6. Les accès ont disparu.

10. — Le malade est éveillé et dit : « Mère, j'ai soif ». La face est pâle; les joues sont pleines; les pupilles égales et normales; les lèvres sèches.— L'enfant donne les deux mains quand on les lui demande, mais la droite semble plus faible; il soulève les deux jambes sans qu'on note de différence; cette nuit, il s'est tenu assis. — Il tousse un peu : sonorité légèrement diminuée aux deux bases; respiration un peu forte en arrière et à droite. — Soif vive, ventre volumineux, mais souple, diarrhée.—T.R. 40°. —*Traitement* : ipéca; lait, deux œufs. — *Soir* : T. R. 40°.

11. — Face pâle, cyanosée. Le malade tousse un peu, se plaint sans cesse. Pas d'oppression. — La poitrine résonne mal en arrière et à droite. Respiration rude, mêlée de quelques râles fins au voisinage de l'aisselle droite. T. R. 39°,6. — *Soir* : T. R. 40°. Dans la soirée, le malade a été pris d'oppression et n'a plus voulu rien prendre. Toux rare.

12. — Le malade est cyanosé surtout aux lèvres et aux paupières; il prend un peu de lait avec beaucoup de peine; ne parle plus et reste dans la position qu'on lui donne, la tête dans l'extension ; P. à 124, fort, régulier; R. 44; T. R. 40°. A la percussion, le son est obscur et, à l'auscultation, la respiration est soufflante par places en arrière et à droite. — Langue humide, soif vive; pas de vomissements; ventre volumineux, souple, non douloureux; le colon paraît distendu; diarrhée jaunâtre, glaireuse. — A la fin de l'examen, le malade prononce quelques mots. — Inaction de la main droite. La jambe droite ne répond qu'aux excitations un peu fortes; alors elle se fléchit, mais il y a une différence très sensible avec le côté gauche.

A partir de cinq heures de l'après-midi, l'enfant a cessé de parler et a refusé de boire. Il aurait rendu « de la mousse » par la bouche et le nez. La diarrhée a cessé. T. R. 40°,6.

13. — Le malade est comme endormi, les paupières fermées, les entr'ouvrant à peine quand on l'interpelle; pupilles égales; traits notablement altérés.—Respiration très brusque, saccadée. Toux peu fréquente. Râles dans les grosses bronches et quelques râles fins au moment de la toux à la région moyenne et postérieure du poumon droit. — Un peu de raideur de la nuque ; le malade a grincé des dents ; les mâchoires sont un peu serrées. T. R. 42°. Dans la journée l'altération des traits s'est accentuée ; pas de vomissements ; constipation. Toux et plaintes fréquentes; mâchoires un peu serrées. Rejet de mousse. — *Soir* : T. R. 41°.

14. — Mort à cinq heures du matin. T. R. après la mort 44°. Poids, 12 kilogr. 800.

Les *accès* et les *vertiges* ont eu la marche ci-après :

	ACCÈS.	VERTIGES.
Du 11 au 30 septembre 1882.......	63	»
Octobre..............	260	777
Novembre......... ...	115	589
Décembre............	156	194
Du 1er au 14 janvier 1883..........	467	»

Autopsie, le 15 *janvier.* — On trouve sur la cuisse droite deux ecchymoses, intéressant toute l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané; la cuisse gauche en présente trois. Elles répondent aux dernières *injections hypodermiques,* pratiquées pendant la vie. La décomposition paraît rapide, au bout de 28 heures, et par un temps froid. L'épiderme du cuir chevelu est soulevé et se détache par grandes plaques. Les cavités séreuses (plèvres, péritoine, péricarde), ne présentent ni épanchement, ni adhérence.

Thorax. — Le *poumon gauche* pèse 170 grammes, il est un peu œdématié et congestionné dans le lobe inférieur. Le *poumon droit* pèse 260 grammes, il y a quelques adhérences lâches dans la scissure interlobaire; ecchymoses sous-pleurales à ce niveau. Dans tout le lobe inférieur et dans toute la partie du lobe supérieur, on trouve les lésions de la *broncho-pneumonie* à la période *d'hépatisation rouge;* quelques lobules du lobe inférieur sont même sur le point de passer à *l'hépatisation grise.* — *Cœur,* 80 gr., sain.

Abdomen. — *Foie,* 670 grammes, pas de calculs, normal ainsi que la *rate* (35 gr.) et les *reins* qui pèsent chacun 65 grammes.

Tête. — *Cuir chevelu* peu épais; pas d'ecchymoses. *Crâne,* très épais, très dur; bosses frontales égales, peu saillantes; bosses pariétales très proéminentes; la tête est relativement volumineuse surtout dans sa partie postérieure (diamètre antéro-postérieur de la calotte crânienne = 17 centimètres; transverse 14 centimètres). Base du crâne symétrique. *Liquide céphalo-rachidien* un peu plus abondant qu'à l'état normal. La *pie-mère* est louche en un grand nombre de points et offre une vascularisation assez prononcée, représentant des lésions d'âge différent. Les divers organes de la face inférieure du cerveau sont symétriques; les faces internes des lobes frontaux sont unies par quelques adhérences.

Encéphale, 930 grammes*; cervelet et isthme,* 130 gr.; hémisphère droit, 335 gr.; hémisphère gauche, 425 gr. Les *hémisphères du cervelet* sont égaux et normaux.

Hémisphère droit. — Les *circonvolutions frontales* sont assez développées, assez plissées; la pie-mère se détache bien au niveau des 1re et 3e circonvolutions; mais, au niveau de la 2e, on enlève avec

elle la couche superficielle de la substance grise dans la moitié de son étendue. La *circonvolution frontale* ascendante est comme hypertrophiée dans sa moitié supérieure; la pie-mère ne lui adhère qu'à son extrémité tout à fait inférieure. Le *sillon de Rolando* est assez profond et normal. La *circonvolution pariétale ascendante* n'est libre d'adhérences que dans les 2/4 moyens de sa face antérieure; elle est comme atrophiée dans toute sa hauteur, et surtout dans sa moitié supérieure où elle n'atteint que le quart de la largeur de la partie correspondante de la frontale ascendante. Le sillon qui limite en arrière la pariétale ascendante, présente dans toute sa hauteur une sorte d'infiltration cellulaire et a une coloration noire, ocreuse.

Tout le *lobe pariétal*, et la partie postérieure des *circonvolutions temporales* sont adhérents, sauf en quelques points, à la pie-mère qui s'enlève difficilement; sur certaines circonvolutions même, en décortiquant, *on enlève toute la substance grise et on met à nu le squelette de substance blanche*, laquelle est *indurée* et *atrophiée*. Ce *foyer* se prolonge en avant sur toute la première circonvolution frontale où se trouve cette dernière lésion, ainsi que sur les deux digitations postérieures du *lobule de l'insula* qui sont atrophiées et indurées. On détache facilement la pie-mère des digitations antérieures du lobule de l'insula, de l'extrémité antérieure du lobe temporal, de la face inférieure du lobe frontal, de la face convexe du lobe occipital et de la face interne des lobes temporo-occipitaux.

A la face interne, on trouve quelques adhérences superficielles à la partie moyenne de la *circonvolution du corps calleux*; à la partie supérieure de la première circonvolution frontale, il existe des adhérences plus marquées, et une atrophie relative de la partie supérieure du *lobe carré*, qui limite en dedans le foyer décrit plus haut.

Le *ventricule latéral* offre une dilatation uniforme; mais une couche encore assez épaisse le sépare du foyer.

Hémisphère gauche. — Les circonvolutions sont bien développées et non disproportionnées comme de l'autre côté. En décortiquant la pie-mère, on enlève en un certain nombre de points une couche plus ou moins épaisse de substance grise, notamment: 1° sur toute la moitié postérieure de la première circonvolution frontale; 2° *sur toute la partie moyenne des frontale et pariétale ascendantes;* 3° *sur l'extrémité supérieure de ces deux circonvolutions;* 4° sur quelques points de la deuxième frontale (la troisième frontale est à peu près saine); 5° sur les deux premières temporales et sur le pli courbe.

A la face interne, on note quelques adhérences au niveau du lobe carré, du lobe temporal, à la partie antérieure du *lobe paracentral*, à la partie avoisinante de la 1re frontale et enfin à la partie antérieure de la circonvolution du corps calleux.

Réflexions. — I. Il s'agit, ici, d'un enfant qui, sauf quelques

convulsions légères et éloignées, survenues de deux mois à deux ans, se développait normalement tant sous le rapport physique qu'au point de vue intellectuel, lorsque, à trois ans, il fut atteint d'une *méningite aiguë* grave. Durant la convalescence, on remarqua seulement qu'il avait le *côté gauche* plus faible : ce qu'expliquent les lésions étendues de l'*hémisphère droit* qui pèse *cent vingt grammes de moins* que le gauche.

II. Alors que l'enfant semblait rétabli, il a été pris de *vertiges*, d'abord très distants, puis de plus en plus rapprochés. Bientôt des *accès d'épilepsie* vinrent s'y ajouter.

III. Sous l'influence de ses accès, et surtout des *vertiges*, les facultés intellectuelles, qui, dit-on, n'avaient guère été modifiées par la méningite, ont décliné avec une grande rapidité et l'enfant ne tarda pas à offrir tous les symptômes cliniques de l'*idiotie complète :* parole embarrassée, mémoire affaiblie et ensuite presque nulle, difficulté progressive de la marche, bave, gâtisme, perte des sentiments affectifs, etc., etc.

Cet ensemble symptomatique, que l'on a coutume de désigner sous le nom d'idiotie, nous paraît beaucoup plutôt comparable à la *démence paralytique* et, n'était le langage reçu, nous préférerions cette dernière dénomination.

En nous fondant sur les *antécédents* et sur l'*état du malade* à l'entrée, nous avons porté le diagnostic : *méningo-encéphalite chronique*, que l'autopsie est venue confirmer.

IV. Les lésions observées à l'autopsie rendent parfaitement compte de la déchéance des facultés intellectuelles. Relevons encore une fois cette *décortication totale*, par foyers, de quelques circonvolutions, dont l'un de nous a publié, il y a quelque temps, un très bel exemple [1].

V. L'*état de mal*, auquel a succédé la broncho-pneumonie terminale, a offert tous les caractères classiques. Le nombre des accès a été considérable et, particularité intéressante, durant ce temps, les vertiges ont été supprimés.

VI. Considérés en eux-mêmes, les accès ont présenté des symptômes spéciaux : *les convulsions étaient limitées au côté* DROIT du corps. Nous avions donc sous les yeux un exemple

[1] Bourneville et Wuillamié. — *Archives de Neurologie*, t. III, p. 327, pl. VIII, et *Compte rendu de Bicêtre*, pour 1882.

typique de l'*épilepsie hémiplégique*. Si l'on se rappelle que, après la *méningite aiguë*, l'enfant avait une *paralysie du côté* GAUCHE, on pourrait s'étonner que les convulsions existassent, au contraire, du côté droit et y fussent limitées. Nous voyions là, en effet, une sorte d'anomalie. Mais l'autopsie est venue nous fournir l'explication de ce fait, en nous montrant des *foyers* de méningo-encéphalite au niveau du *lobe paracentral* et des *circonvolutions frontale* et *pariétale ascendantes* de *l'hémisphère* GAUCHE.

EXPLICATION DE LA PLANCHE I.

Méningo-encéphalite : face convexe de l'hémisphère droit.

Fa, frontale ascendante.
Pa, pariétale ascendante.
P, pli pariétal supérieur.
T, partie postérieure des circonvolutions temporales.
T^1, première temporale.

La PLANCHE montre, entre P et T, un vaste foyer intéressant le pli pariétal inférieur, le pli courbe, etc.

Méningo-encéphalite : face interne de l'hémisphère droit.

Cc, circonvolution du corps calleux.
F^1, face interne de la première circonvolution frontale.
Lq, lobe carré.

IV.

Idiotie consécutive à l'hydrocéphalie ;

Par BOURNEVILLE et LEFLAIVE.

L'observation que nous allons rapporter présente un intérêt au double point de vue de la clinique et de l'anatomie pathologique. Elle nous fournit un nouvel exemple de l'*idiotie* par *hydrocéphalie* dont plusieurs cas ont été déjà publiés par l'un de nous.

OBSERVATION. — *Père et grand'mère paternels alcooliques. — Mère nerveuse. — Oncle maternel imbécile ; — oncles et tantes maternels morts de convulsions.*

Emotions durant la grossesse. — Tête volumineuse à la naissance ; — son développement progressif ; ses dimensions. — Convulsions limitées à gauche (6 mois). — *Hémiplégie consécutive ; amélioration. — Développement rapide de la tête* (7 mois). — *Etat du malade à l'entrée* (10 mois). — *Tête : fontanelles ; hyperostose. — Strabisme*, etc. — *Manifestations intellectuelles. — Pemphigus. — Athrepsie. — Hémorrhagie méningée ; troubles trophiques ; fonte purulente des yeux ; contracture ; élévation de la température ; diminution subite du volume de la tête. — Mort. — Résultats de l'autopsie.*

Alli., Eugène, âgé de 10 mois, est entré le 21 mai 1883, à l'hospice de Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa mère (14 juin). — *Père*, 33 ans, lithographe, commettait au commencement du mariage de nombreux *excès de boisson*; actuellement, il est sobre ; santé d'habitude bonne; aucun accident nerveux. [*Père*, mort d'une maladie de cœur, à 50 ans, non alcoolique. — *Mère*, 60 ans, intelligente, s'est mise à boire depuis sept ans à la suite de chagrins. — Ni aliénés, ni épileptiques, etc., dans le reste de la famille].

Mère, 22 ans, petite, faible, dit être bien portante; elle serait sujette, depuis l'accouchement, à des *migraines* très violentes; bien que très nerveuse, elle n'aurait pas eu d'attaques, mais a souvent des éblouissements, des tintements d'oreilles; elle se met facilement en colère, et cela depuis l'enfance. [*Père*, 46 ans, sobre, administré de Bicêtre, où il est entré pour un *rhumatisme chronique*. — *Mère* morte à 31 ans, en couches. — *Grand'mère paternelle* morte en 1878, à la Salpêtrière, était atteinte de rhumatisme chronique. — *Grand'mère maternelle* morte de *paralysie*. — De 12 *frères* et *sœurs*, il n'y a plus de vivants qu'elle et un garçon de 20 ans, bien portant, peu intelligent, « en retard sur tout », et atteint d'un *défaut de la parole*. Parmi les autres, on signale un garçon mort de *convulsions* à 2 ans ainsi que deux filles jumelles, et enfin, une fille morte à 13 ans, à l'hôpital Sainte-Eugénie, d'une fièvre typhoïde.]
Pas de consanguinité.

Notre malade. — La *conception* s'est produite aussitôt après une fausse couche de six mois. A cette époque, le ménage était troublé par des disputes, parce que le père se grisait fréquemment et ne rapportait pas son salaire à la maison; les rapports conjugaux étaient rares durant l'ivresse. Pendant la *grossesse*, ces scènes ont continué; le père allait au cabaret jusqu'à deux ou trois heures du matin, et sa femme était obligée de l'accompagner. Quant à elle, pour la moindre raison elle se mettait en colère jusqu'à se rouler sous le lit. La grossesse a cependant été bonne. — L'*accouchement* a été assez rapide (4 heures), bien que la tête fut volumineuse. — *A la naissance*, pas d'asphyxie. Les yeux de l'enfant, dit la mère, n'étaient pas comme ceux des autres enfants; ils étaient presque verticaux (?), enfoncés dans les joues; il n'y avait pas de strabisme. La tête augmentait peu à peu de volume, ce dont la mère s'apercevait parce que les bonnets de l'enfant devenaient trop petits. Dans les six premiers mois, pas d'autre maladie qu'une ophthalmie à quinze jours. Alli... fut nourri au sein par sa mère jusqu'à six mois, puis élevé au biberon sur le conseil d'une sage-femme, qui déclara à la mère que l'enfant « devait avoir quelque chose dans la tête ».

A cet âge, sans cause connue, *convulsions* portant uniquement sur le *côté gauche*, et accompagnées de cris continuels. Ces accidents se sont reproduits trois ou quatre fois dans une même nuit. A la suite, pendant deux mois, l'enfant a cessé de se servir de son bras et de sa jambe gau-

ches; cette *paralysie* a disparu peu à peu. A partir de ce moment, « les yeux sont revenus en place » ; mais, vers sept mois, l'augmentation de volume de la tête s'est accusée davantage. Pas d'autres convulsions.

L'enfant est calme, ne pleure que quand on veut le prendre; il « gazouille » depuis l'âge de 2 mois; il rit volontiers, moins cependant aujourd'hui que dans les mois précédents; il reconnaît son père et sa mère. Fonctions digestives bonnes; selles régulières. — *Poids* à l'entrée: 7 kil. 700. *Taille:* 0,78 cent.

Etat actuel (18 juin 1883). La *tête* est arrondie, très développée dans sa portion crânienne (voir plus loin le tableau des *mensurations*). Par la palpation, on reconnaît facilement les *fontanelles*, qui sont très grandes. La *fontanelle antérieure* commence presque immédiatement au-dessus de la racine du nez; à droite, un prolongement en forme de croissant vient rejoindre la fontanelle postérieure; à gauche, il y a soudure des os à 10 cent. 1/2 au-dessus de la racine du nez. — La *fontanelle postérieure*, très irrégulière, mesure 2 cent. 1/2 sur la ligne médiane, entre les pariétaux et l'occipital; à droite, elle se prolonge à 11 centimètres de l'articulation occipito-vertébrale, puis elle se rétrécit et se continue avec le prolongement de la fontanelle antérieure; à gauche comme en avant, la fontanelle est moins grande et limitée par la réunion des os. — Sur les parties latérales de la tête, petite fontanelle de 2 centimètres de côté. — Au sommet de la tête, le crâne offre une *saillie convexe*, où les os sont plus durs, paraissent plus épais que partout ailleurs (*hyperostose*), plus marquée à gauche de la ligne médiane.

Le *front*, de la racine du nez à la naissance des cheveux, mesure 7 centimètres : il est bombé, asymétrique, un peu plus saillant à droite. Les *arcades sourcillières* sont tout à fait déprimées et les *yeux* semblent excavés, surtout en haut; les paupières inférieures sont au contraire saillantes; légère blépharite. Habituellement, il existe du *strabisme* divergent, soit à droite, soit à gauche; on peut cependant arriver à rendre le regard direct. Iris gris bleuâtre. — Au-dessus de la racine du nez se voit une veine demi-circulaire à convexité supérieure, d'où partent des arborisations veineuses qui se répandent sur le crâne; trois d'entre elles sont plus importantes. — Le *nez* est petit, écrasé, presque aussi large à la racine qu'à la base. Les *sillons naso-labiaux* sont très accusés quand l'enfant pleure, et alors la commissure labiale droite paraît un peu plus en-

traînée dans ce sens. La *bouche* est assez grande; les *lèvres* sont minces; les *dents* font encore défaut. — Les *oreilles* sont bien ourlées, le lobule est adhérent; la droite mesure 4 cent., la gauche 4 cent. 1/2.

Le *cou* est court: il a 24 cent. 1/2 de circonférence. Le *thorax* est bien conformé, un peu bombé en avant; la *colonne vertébrale* est un peu déviée à la région dorsale et forme une convexité gauche. L'embonpoint est assez prononcé.

Les *membres supérieurs* sont réguliers, égaux: des deux côtés : 13 cent. 1/2 de circonférence au niveau de l'aisselle, 12 1/2 au pli du coude et 8 1/2 au poignet.

Les *membres inférieurs* ne présentent à signaler qu'un peu d'incurvation des tibias; la circonférence de la cuisse au niveau du pli de l'aine est de 22 cent. de chaque côté; elle est de 17 cent. au jarret et de 9 cent. 1/2 au niveau des malléoles. — Pas de malformation des *organes génitaux*. Léger érythème des fesses.

L'enfant dort les paupières entr'ouvertes. Parfois, il a des *accès de cris*, rappelant ceux des enfants de son âge et que l'on attribue à des coliques, car l'application de cataplasmes sur le ventre les fait rapidement cesser. Il semble reconnaître les gens du service et sourit à leur approche. Chaque fois qu'on le remue pour l'asseoir ou pour le sortir du lit, sa tête tombe en arrière et il pousse des cris, indices de souffrance; il paraît cependant aimer la station assise, mais à la condition que la tête soit soutenue.

Aucune paralysie ni des bras, ni des jambes; le chatouillement est perçu sans exagération des réflexes; le phénomène du tendon est normal.

7 *juillet*. La saillie convexe notée au niveau de la suture interpariétale paraît s'accuser. En ce point, l'os paraît très résistant. Une grosse veine part de l'oreille droite et remonte en S sur la région temporale. — Légère desquamation épithéliale aux jambes et aux genoux. P. 116, régulier. — Pendant cet examen, l'enfant n'a cessé de pousser des cris un peu étouffés, mais non hydrencéphaliques; ces cris augmentent quand on lui relève la tête.

12 *juillet*. Diarrhée verdâtre. Eau de chaux; laudanum, 1 goutte.— La *température*, régulièrement prise matin et soir depuis l'entrée, s'est toujours maintenue et se maintient toujours autour de 37°,5, sauf le 13 juillet au soir, où elle a atteint 38°. La diarrhée a cessé le 16 juillet.

10 *août*. Hier, apparition d'une vingtaine de petites *bulles pemphigoïdes*, sans aucune élévation de la tempé-

rature (du 7 au 14 août, minim. 37°, maxim. 37°,8). All... n'a plus de diarrhée; néanmoins, depuis quelque temps il pâlit.

17 *août*. L'enfant dépérit, ainsi que le montre la succession de ses poids; l'amaigrissement est général et porte même sur les diamètres transversaux de la tête. All... boit deux litres de lait par jour, prend un peu de bouillie; il n'a pas de vomissements. La diarrhée a reparu il y a trois jours; selles fétides, vert sombre. Pas de toux; voix moins forte, plaintive. — *Conjonctivite* oculo-palpébrale avec alternatives d'amélioration et d'aggravation.

Depuis le 14 (T. R. 37°,1 le matin, 37°,4 le soir) jusqu'à ce matin (17 août), on avait, par erreur, cessé de prendre la température. On la trouve aujourd'hui brusquement élevée, et cette élévation se maintiendra jusqu'à la mort, comme le montrent les chiffres ci-après. — *Soir* : T. R. 39°,9.

18 *août*. T. R. 38°,7. — *Soir* : 39°,5.

19 *août*. T. R. 38°,3. — *Soir* : 39°,4.

20 *août*. T. R. 39°. Coloration plombée de la face et des extrémités; exulcérations aux oreilles; excoriations des lèvres (surtout aux commissures) et de la langue, avec formation d'une pellicule blanchâtre simulant des plaques muqueuses. Pas une seule dent. Pas de muguet. Ventre ballonné; pas de vomissements; diarrhée verte; érythème et papules aux fesses. Rien à signaler du côté de l'appareil pulmonaire. On constate un peu de *raideur dans les membres inférieurs*, surtout dans le *droit;* cependant, l'enfant remue également les quatre membres quand on les chatouille; le phénomène du tendon rotulien est un peu plus marqué à gauche qu'à droite. — *Soir :* T. R. 39°.

21 *août*. L'enfant cesse de boire au biberon et ne prend plus de lait qu'à la cuiller. Conjonctivite et *kératite* doubles. T. R. 39°. — *Soir* : 39°,2.

22 *août*. T. R. 38°,9. — *Soir :* 39°,6.

23 *août*. L'enfant ne prend plus aucune nourriture; diarrhée peu abondante, mais selles fréquentes d'un jaune grisâtre. Depuis deux jours, il n'a plus la force de crier et ne se plaint même pas à voix basse. La figure est très pâle, les traits tirés, la bouche entr'ouverte; les lèvres sont couvertes de croûtes et de petites ulcérations. *L'œil droit* est complètement *fondu*; l'œil gauche présente un état louche de la cornée qui permet à peine d'apercevoir la pupille au-dessous; la cornée est conique et présente un peu à droite, au-dessous du centre, une ulcération arrondie de 3 millimètres de diamètre. La conjonctive est rouge non seule-

ment par injection vasculaire, mais encore par suite de petites ecchymoses. (*Troubles trophiques.*)—*Contracture légère des membres*, qui se meuvent à peine; *le bras droit est un peu plus raide que le gauche*; la même différence ne s'observe pas aux membres inférieurs.

A l'auscultation, respiration faible; quelques râles dans le poumon gauche. Les bruits du cœur s'entendent à peine. En appliquant le stéthoscope sur la poitrine et sur les membres, il produit une petite dépression circulaire qui met quelque temps à disparaître.

Le même jour, à six heures du soir, l'enfant meurt, sans que cette mort ait été précédée de convulsions ou de cris. Mais, une heure avant la mort, *la tête a commencé à diminuer sensiblement, les sutures non ossifiées se sont déprimées en gouttière*; la médio-frontale, en particulier, a une largeur de 3 centimètres; elle paraît comme creusée à la gouge entre les deux moitiés du frontal. En bas, elle va jusqu'à la racine du nez; en haut, elle se continue avec une dépression irrégulière qui représente la fontanelle antérieure. Le volume total de la tête est évidemment très inférieur à ce qu'il était le matin. La température rectale était ce matin de 39°,1; de 40°,1 à 5 heures du soir. Prise après la mort (6 heures), elle était de 39°,9 au bout d'un quart d'heure; de 39°,5 au bout d'une heure; de 37°,8 au bout de deux heures.

Nous avons réuni en un tableau les diverses *mensurations de la tête* de l'enfant, ainsi que la *succession de ses poids*, qui montre bien sa déchéance progressive.

	21 *Mai.*	18 *Juin.*	7 *Juill.*	17 *Août.*
	cent.	cent.	cent.	cent.
Circonférence horizontale au niveau de l'insertion des 2 oreilles.	54	51	54 1/3	51 1/2
La plus grande circonférence . . .	57 1/2	58 1/2	59 1/2	59 1/2
Demi-circonférence auriculo-bregmatique	40	40 1/2	40 1/2	42
De la racine du nez à l'articulation occipito-vertébrale	44	46	48 1/2	49
Diamètre bi-auriculaire.	12	12	10 1/2	9 6
Diamètre transversal maximum .	16	17	17	16 1/2
Diamètre antéro-postérieur maximum	18 1/2	19	19	19 4

21 *Mai*, le *poids* était de.	9 k. 700
23 *Juin* —	9 k. 400
7 *Juillet* —	9 k. 900
21 *Juillet* —	9 k. 100
28 *Juillet* —	8 k. 900
11 *Août* —	8 k. 700
18 *Août* —	8 k. 200
23 *Août* (après décès).	7 k. 800

Autopsie *le* 25 *août* 1883. — Les viscères (*poumons*, *cœur* (38 gr.), *foie* (280 gr.), *rate* (10 gr.), *estomac*, *intestins*, *reins* (40 gr. chacun), *vessie*) n'offrent rien à signaler si ce n'est le peu de coloration du myocarde et de la substance corticale des reins.

Tête. On enlève la calotte crânienne de façon à ce que le trait de scie s'approche le plus près possible du plan de la base du crâne. — Le *liquide céphalo-rachidien*, qui a été presque en totalité recueilli, pèse 1.650 grammes. —L'*Encéphale* pèse 860 gr.

La *base du crâne* est remarquablement aplatie; les fosses occipitales sont assez profondes et paraissent symétriques ; mais les fosses sphénoïdales, quoique bien marquées, sont moins profondes qu'à l'état normal et leurs bords sont arrondis et mousses ; les apophyses clinoïdes n'existent pas ; la *fosse pituitaire* est absolument aplatie; les *fosses sus-orbitaires* sont effacées, et en avant d'elles les *os frontaux* ne se sont pas soudés sur la ligne médiane.

La *calotte crânienne* représente environ les 4/5 d'une sphère irrégulière. Les *bosses frontales* et *pariétales* sont peu accusées; au sommet de la tête, sur la ligne médiane, se trouve une saillie arrondie. — La *fontanelle antérieure* a la forme d'un Y : la branche inférieure, représentée par la suture médio-frontale, est large de 3 ou 4 centimètres ; la branche droite ne se prolonge qu'à 4 centimètres de la ligne médiane et les deux bords qui la limitent se rencontrent en formant un angle d'environ 40°; la branche gauche est analogue à la droite, mais les os qui la limitent se prolongent par une suture non ossifiée, limitée en dehors par le frontal et le pariétal, en dedans par un os surnuméraire que nous décrirons plus loin. Cette suture, que l'on pourrait regarder comme la partie droite de la suture sagittale, était facilement appréciable pendant la vie; maintenant les os chevauchent les uns sur les autres à ce niveau et l'effacent. Cependant, en tendant la membrane suturale, on peut écarter les deux os de près d'un centimètre. Cette branche va rejoindre la fontanelle postérieure ; son bord

os.

s 2/3 antérieurs et

un triangle isocèle
le sommet tronqué
La base, longue de
numéraire, inter-
irréguliers, formés
mètres. L'angle in-
s ayant chacun un
perficie, et quoique
des autres et des
prolonge avec la
mme nous l'avons
ge avec une suture
rge, longue de cinq
n des os frontal et

e nous venons de
ngés dans le sens
médiane de l'aire
evé est blanchâtre,
t demi de long sur
dessous se trouve le
large et qui présente
avancée. Enfin, au-
trouve un triangle
entimètres de long,
mobilité montre la

t pas ossifiées, mais
ur jonction avec les
édoublée se voit une
de est normale : en
position manifeste à
aux *sutures squa*-
; le temporal semble
e délimitation.
rès faible ; ils sont
oir çà et là des points
arquée au niveau de
nne paraît avoir son
e certaine *élasticité*
où le trait de scie a

indiqué, est double ;
naler, sinon que son

angle supérieur, déjeté latéralement, s'insinue entre l'os surnuméraire et le pariétal et qu'il est relativement aigu. —Les *pariétaux*, unis à la portion écailleuse du temporal, font partie de la moitié postérieure du crâne ; ils sont larges et minces, et ont environ 15 centimètres de dimensions antéro-postérieures. Leur bord antérieur est en rapport avec le frontal, le postérieur avec l'occipital; l'inférieur n'existe pas, puisqu'il est soudé au temporal; le supérieur est arrondi, convexe; son quart antérieur est en rapport avec l'os surnuméraire que nous appelons inter-fronto-pariétal, ses 3/4 postérieurs forment les côtés de la fontanelle postérieure. — L'écaille de l'*occipital* paraît peu développée relativement au reste de la voûte crânienne ; elle est d'aspect normal, sauf un point membraneux qui a persisté de chaque côté, à 4 centimètres de la ligne médiane, au niveau des fosses cérébelleuses.

Il ne nous reste plus à décrire que l'*os surnuméraire inter-fronto-pariétal*. Il occupe exactement le sommet du crâne ; il est à peu près régulièrement circulaire, et son centre est très saillant ; nous avons déjà signalé son épaisseur relativement considérable. Son diamètre est de plus de 15 centimètres si l'on suit sa courbure, et à peine de 13 centimètres si on ne la suit pas. Le centre en est nettement osseux ; la périphérie a un aspect blanchâtre qui rappelle le cartilage. Libre en avant et en arrière où il limite les fontanelles, il l'est encore du côté droit; à gauche, il est libre dans le tiers postérieur (au niveau du pariétal), mais non dans les 2/3 antérieurs où il est presque complètement uni au frontal dont il semble une dépendance.

En examinant la boîte crânienne par sa face interne, on voit la *dure-mère* peu épaisse, très transparente, laissant apercevoir l'arbre artériel de la méningée moyenne. — La *faux du cerveau* est très peu développée, surtout dans sa moitié antérieure où elle n'a pas plus d'un centimètre de hauteur; en arrière, au niveau de l'angle supérieur de l'occipital, elle se bifurque pour se continuer avec la tente du cervelet qui forme une sorte de cul-de-sac médian assez aigu, dont le sommet se dirige en haut et s'élève à 5 centimètres au-dessus du plan des parties latérales. — La *faux du cervelet* n'est pas appréciable.

Une *veine* du volume d'une plume de corbeau provenant de la surface de l'hémisphère cérébral gauche et aboutissant au *sinus latéral* du même côté *est oblitérée par une thrombose* ainsi que ce *sinus*. (*Fig.* 3, *v*, *v*).

De chaque côté de la *faux du cerveau* se trouve une membrane qui cloisonne la cavité crânienne de la même façon que cette faux. Ces membranes s'écartent de la ligne médiane au niveau de la partie supérieure de la fontanelle antérieure et viennent se réunir à la tente du cervelet à 4 ou 5 centimètres de la bifurcation de la faux du çerveau. La *poche* qu'elles circonscrivaient atteint 8 à 10 centimètres de large à droite, et seulement 6 à 7 à gauche. Ces membranes sont minces, transparentes, peu résistantes ; à leur voisinage, la dure-mère paraît saine, non épaissie. Elles paraissent formées par le feuillet arachnoïdien viscéral qui, accolé au feuillet pariétal, s'en détacherait un peu plus loin. Ce qui paraît confirmer cette apparence, c'est que : 1° en certains points il est facile de séparer cette membrane de la dure-mère qui semble alors se dédoubler ; 2° tandis que tout le reste de la membrane qui tapisse la cavité crânienne est lisse, unie, sans prolongement de tissu conjonctif, comme la dure-mère normale, au niveau de la poche ainsi circonscrite, cette membrane présente quelques prolongements de tissu conjonctif et forme quelques aréoles analogues à celles du tissu cellulaire insufflé ; 3° cette poche a été trouvée pleine d'un liquide séreux, en tout analogue au liquide céphalo-rachidien avec lequel il paraissait communiquer ; nous devons dire toutefois que, au palper, cette collection donnait la sensation d'un kyste.

En enlevant à la fois la calotte crânienne que nous venons de décrire et le cerveau, on trouve ce dernier nageant dans le *liquide céphalo-rachidien*. En avant, l'extrémité antérieure vient presque au contact des os frontaux ; en arrière, l'extrémité occipitale est assez éloignée de la paroi crânienne. En introduisant la main entre le crâne et le cerveau on constate que celui-ci est comme refoulé en bas et en arrière par une sorte de kyste (la poche décrite ci-dessus) dont on déchire les parois qui s'implantent sur la dure-mère. En palpant la surface du cerveau on la sent se déprimer comme une paroi kystique peu tendue ; on obtient la sensation que l'on aurait en déprimant légèrement la paroi d'un petit ballon de caoutchouc crevé.

Cerveau. — Le cerveau, par suite de la distension de ses parois par le liquide céphalo-rachidien, a une surface très grande ; il est tellement dilaté et ses parois sont tellement amincies que lorsqu'on veut le transvaser du crâne dans une cuvette pour l'examiner, il se rompt dans toute la longueur du corps calleux, quelles que soient les précautions que l'on ait prises dans cette opération. Le cerveau se pré-

sente alors sous l'aspect d'une vaste poche formée par la dilatation extrême des ventricules latéraux, et largement ouverte en haut sur la ligne médiane. Cette poche a environ 15 centimètres de longueur; les parois en sont formées par l'écorce cérébrale très amincie.

On ne retrouve comme vestiges du *corps calleux* que de petits ponts purement membraneux, en avant et à la partie moyenne; tout à fait en arrière, il a 3 à 4 millimètres d'épaisseur. Il est également à peu près impossible de retrouver le *trigone*; le *ventricule moyen* un peu dilaté s'ouvre dans les ventricules latéraux et semble ne former avec eux qu'une seule cavité. — Le *septum lucidum* est cependant bien reconnaissable. Détaché de son insertion supérieure par l'ouverture accidentelle du cerveau, il a la forme d'un triangle allongé à base postérieure, effilé en avant; il s'étend depuis la partie antérieure des ventricules latéraux jusqu'à la partie antérieure du ventricule moyen, mince et très transparent en avant, il est plus épais en arrière. (*Fig.* 3, C L).

Les *circonvolutions cérébrales* des faces interne et externe sont très multipliées, aplaties, déformées à un tel point qu'elles sont méconnaissables et qu'on ne peut leur appliquer la nomenclature ordinaire. Cependant, il est aisé de voir que la *scissure de Sylvius* naît plus près de l'extrémité postérieure qu'à l'état normal et qu'au lieu de se diriger en arrière et en haut, elle se porte en avant et en haut. Les deux lèvres de la scissure, aussi bien à droite qu'à gauche, sont accolées. (*Fig.* 2 et 3, S S).

A la *base du cerveau* la région de l'hexagone de Willis se trouve à peu près à l'union du 1/3 postérieur de l'encéphale (cervelet compris) avec les 2/3 antérieurs. Ces 2/3 antérieurs sont constitués par l'accollement des deux lobes frontaux qui viennent au contact l'un de l'autre sur une longueur de 11 centimètres et sur une hauteur de plus de 2 cent. En un mot, il semble que la substance des hémisphères ait été, comme le cerveau tout entier, refoulée en bas et en avant. Au niveau de l'hexagone, nous devons signaler : 1° la minceur extrême de l'espace interpédonculaire au niveau duquel le sommet du ventricule moyen est réduit à une simple toile membraneuse et transparente; — 2° l'amincissement et l'élargissement des bandelettes optiques; — 3° l'absence apparente des tubercules mamillaires; — 4° l'aplatissement des pédoncules cérébraux qui sont d'ailleurs symétriques. — Quant aux *nerfs* et aux *artères* de la base, ils ne nous ont paru présenter rien de particulier.

A la partie postérieure du bord supérieur de l'hémisphère cérébral gauche, dans la région qui correspond au lobe carré, la *substance cérébrale est indurée* et forme un noyau volumineux au niveau duquel les circonvolutions paraissent plus larges que dans le reste du cerveau. La *pie-mère*, par transparence, montre là un *foyer hémorrhagique*, avec du sang coagulé au centre, se continuant à la périphérie par une dégradation insensible (*Fig*.2 et 3, *fh*). L'ensemble du foyer a 8 cent. de long et envahit les deux faces (interne et externe). En pratiquant, en ce point, une section, on trouve qu'elle a à peu près la consistance du tissu hépatique. Toute l'épaisseur de l'écorce cérébrale est envahie par du sang plutôt infiltré que collecté en foyer. Cependant, à un centimètre environ de la surface, on voit une strie sanguine plus foncée indiquant une sorte de *foyer en nappe*. Une veine du calibre d'une petite plume est obturée par un *caillot*. Elle part de la partie inférieure et antérieure de la face interne du côté gauche; elle se dirige le long de cette face en passant au milieu de la surface du foyer; elle gagne ainsi la partie postérieure du bord supérieur du cerveau, s'incline en bas et va se jeter dans le sinus latéral gauche ainsi que nous l'avons vu à la description du crâne. Les veines afférentes au niveau du foyer hémorrhagique sont également thrombosées. (*Fig*. 3, *vv*).

Le *cervelet* pèse 140 gr.; ses hémisphères sont égaux. — La *protubérance* est bombée, assez dure; sa moitié droite est un peu moins haute que la gauche. — Les parties qui constituent le *bulbe* sont presque tout à fait confondues; les *pyramides antérieures* ont une apparence rubanée; — les *olives*, assez grosses, se confondent avec le reste du bulbe. — Le collet du bulbe, plus accusé que d'habitude, semble étrangler la *moelle* qui est peu volumineuse.

Au niveau de la partie antérieure de la face supérieure du cervelet, il y a des adhérences entre la surface de ce dernier et la toile membraneuse, vestige du corps calleux.

La *pie-mère* paraît s'enlever partout avec facilité; elle a été laissée en place pour augmenter la résistance de l'écorce cérébrale, et à cause des particularités qu'elle présentait au niveau du corps calleux.

Après cet examen très difficile, ainsi que c'est la règle en pareil cas, l'encéphale a été mis dans l'alcool. Le durcissement s'est opéré assez imparfaitement, aussi le dernier

examen, dont nous allons indiquer les résultats, a-t-il été lui-même très laborieux. La décortication de la *pie-mère*, même après cette macération, se fait difficilement, en raison de la ténuité de cette membrane. Il s'ensuit que, par places, on entraîne des lambeaux assez larges de la substance cérébrale.

La face orbitaire des deux *lobes frontaux* est confondue avec la face convexe et, comme nous le dirons tout à l'heure, la face interne est extrêmement réduite.

Hémisphère gauche. Face inférieure. — Toutes les circonvolutions du lobe frontal (*fig.* 2, L F.) se dirigent d'avant en arrière vers la lèvre antérieure de la scissure de Sylvius, S S, au niveau de laquelle elles s'enfoncent verticalement. Toutes ces circonvolutions sont assez sinueuses et ont des bords un peu rectangulaires ; elles présentent quelques plis de passage. A son origine, la scissure de Sylvius est séparée de la scissure inter-hémisphérique par un intervalle de trois centimètres, de telle sorte que le lobe frontal se termine en forme de pointe arrondie.

En arrière de la scissure de Sylvius, entre elle et le bord externe de l'hémisphère cérébelleux, existent six circonvolutions qui convergent toutes vers la lèvre postérieure de la scissure de Sylvius et qui forment deux groupes (L M, L P). Un sillon assez profond, s s, sépare les deux groupes, tandis que les circonvolutions qui constituent chaque groupe ne sont séparées que par des sillons superficiels.

Hémisphère droit. Face inférieure. — Elle offre la même disposition que la face correspondante de l'hémisphère gauche, ainsi qu'on peut aisément s'en rendre compte en comparant les deux moitiés de la *fig.* 3. Toutefois nous devons faire remarquer que, tandis qu'à gauche le groupe L P est plus petit que le groupe L M, on observe, à droite, une disposition inverse.

Des deux côtés, le *lobule de l'insula*, L I, est aplati, très irrégulier. Des deux côtés aussi, les circonvolutions sont tassées, accolées ; les sillons ressemblent par conséquent à des lignes ; sauf sur les lobes frontaux où un certain nombre de sillons sont sinueux, la plupart des autres sont rectilignes. Lorsqu'on les écarte, on s'aperçoit qu'ils sont assez profonds. Malgré un séjour prolongé dans l'alcool, les circonvolutions ont conservé une très grande mollesse, la plus légère pression suffit pour entraîner la couche superficielle. Ce défaut de consistance établit un contraste frappant avec les lobules de l'insula (L I) qui sont résis-

[illegible] le *bulbe* qui sont

[illegible] *convexe* que nous [illegible] encerons par l'*hé-* [illegible] ticularités les plus

[illegible] ions qui répondent

[illegible] — L O, lobe occipital. — [illegible] — P, protubérance. — [illegible] M de L O. — *f h,* indique le [illegible]

[illegible] ement (l'une d'elles [illegible]; — celles qui ré- [illegible] nt, les antérieures, [illegible] verticalement; les

[illegible] à l'état de [illegible] relative- [illegible] qui ré- [illegible] (L P) se [illegible] les posté- [illegible]

SS

LP

LQ

CC

[illegible] transparente. — C R, cir- [illegible] optique. — V M, ven- [illegible]. — F, première [illegible] pariétal. — L Q, lobe [illegible] hémorrhagique.

[illegible] couleur naturelle [illegible]

[illegible] circonvolutions de [illegible] travail, dont la [illegible] circonvo- [illegible] gies et les

sillons, au lieu d'être réduits, comme à la base, à de simples lignes, sont, au contraire, très agrandis surtout dans la partie moyenne des deux tiers antérieurs de la face convexe; en arrière, les sillons sont peu larges, mais profonds. Enfin, le long des deux tiers antérieurs du bord supérieur de l'hémisphère, les sillons sont si effacés et les circonvolutions si aplaties, que cette région de la face convexe est presque unie.

Hémisphère gauche. — D'une façon générale, les circonvolutions ont la même disposition en éventail; mais elles sont beaucoup moins élargies et ont conservé une épaisseur que l'on peut évaluer à deux ou trois fois celle des circonvolutions correspondantes de l'hémisphère droit.

Nous arrivons maintenant à la description de la *face interne*.

Hémisphère droit. — On voit d'abord une circonvolution large, amincie, divisée en trois parties par deux larges sillons et qui paraît répondre à la fois à la première circonvolution frontale et à la circonvolution du corps calleux (*fig.* 3, F.). — Nous n'avons pas trouvé d'indice du *sillon calloso-marginal*, à moins que l'on ne regarde comme tel, le second sillon vertical (*fig.* 3, *s s.*); dans cette hypothèse, la seconde partie de la circonvolution que nous venons de décrire correspondrait à la circonvolution du corps calleux.

En arrière existe une circonvolution allongée, aplatie, sans sillon, qui est peut-être le *lobe paracentral* (*fig.* 3, L P). Viennent ensuite des circonvolutions moins unies, plus bombées et un peu plus épaisses et sillonnées (L Q) qui semblent répondre au lobe *carré* et au *coin*. — Quant au *lobe occipital* (L O), il est assez épais et paraît faire suite à la région L P de la face inférieure. — La hauteur de la face interne varie entre un et deux centimètres.

Hémisphère gauche. — Les circonvolutions de la face interne sont ici notablement plus épaisses et plus sinueuses. Il est possible d'y distinguer la première frontale et la circonvolution du corps calleux dont la direction est modifiée (*fig.* 3). Les circonvolutions de la région moyenne sont encore plus épaisses; c'est là que siège le *foyer hémorrhagique* (*f h*) dont il a été question plus haut et que l'on voit sillonné par la *veine thrombosée* (*v.v.*).

La pie-mère est restée adhérente. A l'état frais, il a été

impossible de la détacher et, après macération dans l'alcool, lorsque nous avons essayé de nouveau de l'enlever, malgré les précautions les plus minutieuses, nous avons entraîné un fragment de l'hémisphère (5 à 6 centimètres de long sur 2 à 3 de haut). — La face interne mesure en avant deux centimètres ; à la partie moyenne, trois centimètres et tout à fait en arrière près de deux centimètres.

Voici quelques mensurations qui montrent encore mieux le degré de distension subie par les hémisphères :

Epaisseur.	*A droite.*	*A gauche.*
—	—	—
Au niveau de la corne frontale des ventricules latéraux . .	11 mm.	16 mm.
— de la partie moyenne . .	2 —	24 —
— de l'extrémité occipitale des ventricules latéraux	16 —	20 —

Nous avons dit que,lors de l'extraction de l'encéphale de la boite crânienne, le corps calleux s'était rompu, mettant à découvert les ventricules latéraux : la *figure* 2 représente le cerveau dans cette situation.

Nous n'avons pas à revenir sur le *corps calleux* (C C), ni sur la *cloison* (C L).

La *paroi ventriculaire*, d'un côté comme de l'autre, est uniformément blanche, présente des sillons superficiels sur la paroi inférieure et des plis assez rapprochés sur la région convexe et supérieure. On trouve: 1° sur la ligne médiane la *cloison* (C L), puis une dépression infundibuliforme (*ventricule moyen*, V M); 2° de chaque côté de la ligne médiane, trois saillies : *a*) la plus antérieure, la plus volumineuse semble correspondre à la partie antérieure du lobule de l'insula, faisant hernie (C R) ; — *b*) la seconde saillie nous paraît être le *corps strié* (C S) ; — *c*) la troisième, rendue moins nette par des débris des plexus choroïdes, est formée par la couche optique (C O).

Quant à la cavité V M., elle est limitée en avant par la cloison, C L, sur les côtés par les corps opto-striés C S, C O. En arrière de cette cavité on distingue,un peu confusément sur la figure, les *tubercules quadrijumeaux*, T Q, qui sont élargis et en partie confondus.

L'*aqueduc de Sylvius* n'était pas dilaté, ce qui explique l'état normal du *quatrième ventricule*.

La *colonne vertébrale* qui n'a pu être conservée ne paraissait présenter rien d'anormal. — Les *os* des mem-

bres, du thorax, etc., ne portaient aucune marque de *rachitisme* ; toutefois nous devons mentionner l'existence, le long du quart inférieur du bord externe du cubitus droit, d'une *exostose* d'un centimètre de hauteur, sur cinq millimètres de largeur et deux d'épaisseur.

L'observation que nous venons de relater avec détails nous paraît offrir plusieurs particularités intéressantes sur lesquelles il nous semble utile d'insister.

I. L'*étiologie* de l'hydrocéphalie est encore très vague. Ici, de même que dans beaucoup d'autres maladies nerveuses, nous pouvons relever : du côté paternel, l'*alcoolisme* ; du côté maternel, la *migraine*, l'*insuffisance mentale*, les *convulsions*.

II. Dès la naissance, on a remarqué le volume anormal de la tête de l'enfant. Durant les six premiers mois de la vie, la tête a grossi progressivement, mais avec une certaine lenteur. A cette époque surviennent des *convulsions* intéressant uniquement la moitié gauche du corps et suivies d'une *paralysie* transitoire affectant le même côté. Après ces accidents convulsifs, la tête augmente rapidement. Enfin, pendant le séjour de l'enfant dans le service, des mensurations comparatives nous ont permis de constater un accroissement continu de l'extrémité céphalique, portant principalement sur la plus grande circonférence, la demi-circonférence auriculo-bregmatique et sur la demi-circonférence antéro-postérieure. Si quelques dimensions ont paru diminuer quelques jours avant la mort, ce résultat est attribuable à l'amaigrissement. Comme on le voit, l'hydrocéphalie a eu une *marche progressive*, avec accélération à la suite des convulsions. On sait que, parfois, elle offre des intermittences.

L'*aspect général* de la *tête* et de la *face*, considéré isolément ou par rapport au reste du corps, n'a offert rien de particulier : il est conforme à la description classique.

L'*intelligence* n'était pas tout à fait abolie ; l'enfant reconnaissait ses parents et les infirmières qui le soignaient ; il gazouillait et souriait.

Si l'on en jugeait par cette observation, l'hydrocéphalie retarderait la *dentition*, puisqu'à 13 mois, All.. n'avait au-

cune dent ; mais ce serait sans doute s'aventurer, car M. Bouchut parle d'un hydrocéphale âgé de deux ans qui avait douze dents saines et huit autres prêtes à percer (1).

Les *membres* et le *tronc* avaient d'ailleurs une conformation régulière ; il n'y avait ici ni bec de lièvre, ni pieds bots, ni spina bifida comme l'un de nous en a vu plusieurs exemples à l'hôpital des Enfants malades, dans le service de M. Giraldès (2).

Après avoir un peu diminué de poids, par suite sans doute du changement occasionné par le séjour à l'hospice, All.. semblait devoir se développer ; mais, à partir du 21 juillet, il pesa de moins en moins et perdit 1300 grammes en 32 jours.

Parallèlement à cet amaigrissement, se produisent des troubles trophiques, d'abord du *pemphigus* à petites bulles, puis une double *kératite* avec fonte purulente rapide des yeux (3), peut-être susceptible d'être rattachée, dans une certaine mesure, à l'*hémorrhagie méningo-encéphalique*, accompagnée de *contracture*, d'élévation de la *température*, etc. Cette complication a-t-elle été déjà signalée ? Nous ne savons. Toutefois, Barthez et Rilliet disent avoir « constaté des épanchements sanguins dans la cavité arachnoïdienne (4) ».

Il est une autre particularité qui mérite d'être relevée. Divers auteurs font remarquer que, assez souvent, *après* la mort, il se produit une dépression des fontanelles. Or, dans ce cas, la dépression s'est opérée *avant* la mort et a été très accusée.

III. a) Les *os du crâne*, suivant la règle, étaient très

(1) *Clinique de l'hôpital des Enfants malades*, 1884, p. 23.

(2) Frank (*loc. cit.*, p. 528) énumère encore d'autres malformations : l'absence des yeux et des reins, la présence de capsules surrénales d'un très grand volume, la séparation des parois abdominales et la brièveté des membres inférieurs, les os, excepté les vertèbres, à l'état cartilagineux, les reins changés en une masse informe, l'absence d'anus, etc.

(3) Barrier cite un cas dans lequel il a noté peu de temps avant la mort « une *ophthalmie purulente* très grande, qui entraîna en très peu de jours la fonte des globes oculaires. » (*Traité pratique des maladies de l'enfance*, 3e édit., t. II, p. 462).

(4) *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*. 2e édit., 1861, t. II, p. 172.

minces, quelques-uns presque transparents. Mais, en plus des os qui composent régulièrement la voûte du crâne, il existait plusieurs *os surnuméraires*. C'est sans doute de ces os qu'a voulu parler Frank lorsqu'il écrit que « l'examen cadavérique a fait voir... des *os sésamoïdes* (1), surtout dans le trajet de la suture lambdoïde (2), et à son sommet (3), quelquefois dans la fontanelle antérieure. » Le principal de ces os surnuméraires, celui que nous avons décrit sous le nom d'*os inter-fronto-pariétal*, situé sur le trajet de la suture lambdoïde, avait de grandes dimensions et une épaisseur de sept millimètres. Par ce dernier caractère, cet os se distingue des autres et il permet de se rendre compte de ce qui arrive dans des cas, d'ailleurs exceptionnels, où l'on trouve sur le crâne des bosses frontales ou pariétales très saillantes, ce qui est dû en partie à l'épaississement des os (4). Il peut arriver aussi, d'après Barthez et Rilliet que « les os du crâne acquièrent une épaisseur inaccoutumée destinée à résister à la pression qui s'exerçait sur eux (*loc. cit.*, p. 157). » Si l'épaississement se fait d'une façon irrégulière, il en résulte une asymétrie plus ou moins prononcée du crâne.

b) Quant aux *dimensions de la tête*, elles n'avaient encore rien d'exagéré chez All.. La plus grande circonférence n'a pas dépassé 59 centimètres et demi. Barthez et Rilliet disent qu'ils ont vu « un enfant de 14 mois dont le crâne avait 58 centimètres de circonférence, 38 depuis la protubérance occipitale externe jusqu'à la racine du nez, et 33 entre la racine des deux oreilles (*loc. cit.*, p. 157). Plus loin (p. 162) ils rapportent l'observation d'un autre enfant dont la circonférence de la tête était de 58 centimètres ; la distance de la pointe du nez à la base occipitale 41 cent.; celle d'une oreille à l'autre, 37 centimètres. Dans certains cas extrêmes isolés, dit Steiner (5), la circonférence du crâne

(1) Sandifort (*Museum anatom.*, lib. II, cap. 1) ; Blumenbach (*Geschite der Knochen*, p. 180) et Meckel (*loc. cit.*, p. 293), soupçonnent que la présence de ces os tient à une hydrocéphale (Frank. *Traité de pathologie interne*, t. II, p. 534.)

(2) Blumenbach, *loc, cit.*, p. 175. — Sœmmering, *Knochenlehre*, p. 230 (Frank, *ibid.*)

(3) Meckel, *loc. cit.*, p, 318 (Frank, *ibid.*).

(4) Sandifort, *loc. cit.*, tab. 7. (Frank, *ibid.*)

(5) Steiner. — *Compendium des maladies des enfants*, etc.,

atteint 60 à 70 centimètres ; chez un enfant de neuf mois, elle était de 83 centimètres : tandis que la longueur de son corps ne dépassait pas 58 centimètres, la hauteur céphalique mesurait 19 centimètres et demi. »

M. Giraldès a cité, d'après Bright, le fait d'un hydrocéphale, nommé Cardinal, mort à 24 ans, dont la tête avait 86 centimètres et demi de circonférence (1). Il ajoute avoir vu au musée de l'hôpital Saint-Georges, à Londres, la tête d'un hydrocéphale décédé à 7 mois, et chez lequel la plus grande circonférence était de 81 centimètres.

c) L'*hydrocéphalie* peut être, on le sait, *aiguë* ou *chronique*, *idiopathique* ou *symptomatique*, *acquise* ou *congénitale*. Dans le cas actuel, il s'agissait d'une *hydrocéphalie idiopathique, congénitale et chronique*. Cette forme offre elle-même des variétés : tantôt le liquide est collecté entre la dure-mère et l'arachnoïde, pour ainsi dire enkysté ; — tantôt il est renfermé dans la grande cavité de l'arachnoïde ; — tantôt il est contenu dans les ventricules. Parfois, chez le même sujet, on trouve une collection abondante de liquide et dans la cavité arachnoïdienne et dans les ventricules.

Ici l'hydrocéphalie était à la fois ventriculaire et arachnoïdienne. Les détails consignés dans le procès-verbal de l'autopsie nous dispensent d'insister de nouveau sur ce point. Nous rappellerons seulement que, dans la cavité arachnoïdienne, une partie du liquide était *enkystée* entre la dure-mère et l'arachnoïde, croyons-nous ; par conséquent, il s'agissait là, — mais partiellement, — d'une *hydrocéphalie externe*, pour employer l'expression de Steiner. C'est sans doute à cette disposition qu'il est fait allusion par Blache et Guersant quand ils disent que « dans quelques cas, les liquides sont accumulés dans des espèces de kystes (2). »

---

remanié et augmenté par L. Fleischmann et M. Herz, trad. Kéraval. Paris, 1880, p. 101.

(1) *Leçons cliniques sur les maladies chirurgicales des enfants* rec. par Bourneville, E. Bourgeois et Bouteiller, p. 13.

(2) *Extraits de pathologie infantile*, publiés par R. Blache, 1833, p 241. — Dans le cas de M. Christian, dont il est question plus loin, il existait dans la cavité droite de l'arachnoïde, un kyste fibreux volumineux, appliqué sur la face interne de la dure-mère et renfermant 450 gr. de caillots et de sérosité sanguinolente.

Mais il est une autre particularité que nous devons relever : c'est que l'hydrocéphalie n'avait pas déterminé une dilatation uniforme, non seulement par rapport aux deux moitiés de l'encéphale, mais encore par rapport aux diverses régions de chacun des ventricules latéraux. Nous avons vu, en effet, que la *poche kystique* était beaucoup plus grande à droite qu'à gauche et que le *ventricule latéral droit* était, lui aussi, notablement plus large que le gauche. Enfin, la dilatation des ventricules latéraux considérée en elle-même était inégale puisqu'elle intéressait, à un degré bien plus prononcé, la corne frontale que les cornes temporale et occipitale, c'est cette inégalité de dilatation qui explique les variétés d'asymétrie que présente le crâne des hydrocéphales.

d) Le liquide, renfermé dans la cavité crânienne, recueilli avec soin, pesait 1650 gr. sans compter la quantité qui s'était résorbée durant l'agonie.

Barthez et Rilliet ont trouvé dans l'hydrocéphalie ventriculaire 250, 500, quelquefois plus de 1000 gr. de liquide. La quantité serait à peu près la même dans l'hydrocéphalie arachnoïdienne ; le chiffre maximum qu'ils indiquent est 1 kilogramme 1/2 (*loc. cit.*, p. 165). D'après Steiner (*loc. cit.*, p. 103), elle varierait entre 4 à 6 onces et 6 à 7 livres. M. Bouchut écrit que l'on a vu la quantité de liquide atteindre le chiffre énorme de 20 à 25 litres (*loc. cit.*, p. 27). Frank (*loc. cit.*, p. 534) mentionne un cas dans lequel le cerveau était remplacé par une poche renfermant 50 livres de sérosité (1).

c) L'analyse du *liquide céphalo-rachidien* a été pratiquée par notre ami Yvon qui nous a remis la note suivante :

Analyse du liquide céphalo-rachidien. Composition pour 1,000 gr. :

Volume, 1,630 cc.
Couleur jaune rosé.

(1) Lechel apud Meckel, *loc. cit.* et Haller ex Spoerlino in *Opusc. anat.*, note 8 (Frank, *loc. cit.*, p. 534, note 80). A la page suivante, note 109, il cite d'autres faits : sept livres, Dixon. — Neuf livres deux onces et demie, Hartell. — 18 et 20 livres, Auriville et Buttner. — L'hydrocéphale du musée de Cruikshank avait environ 27 livres de sérosité.

Aspect légèrement trouble, s'éclaircit à peu près entièrement par le repos. — Dépôt floconneux peu abondant et de couleur rose.
Odeur peu accentuée.
Consistance très légèrement visqueuse.
Réaction nulle au moment de l'examen.

Densité, 1008.		
Matières organiques	**6 gr.**	**000**
— minérales	**9**	**100**
Total des substances fixes. . .	**15**	**100**
Albumine coagulable.	**0**	**900**
Albumine totale	**2**	**040**
Matériaux azotés exprimés en urée	**2**	**800**
Matières grasses.	**0**	**120**
Acide phosphorique	**1**	**291**
Acide sulfurique	**0**	**117**
Chaux.	**0**	**089**
Chlorure de sodium	**7**	**000**
Eau	**994 gr.**	**900**

Examen microscopique. { **Quelques leucocytes et globules gras.** **Nombreuses hématies.** **Bactéries abondantes.**

(Les hématies doivent provenir du sang de l'autopsie).

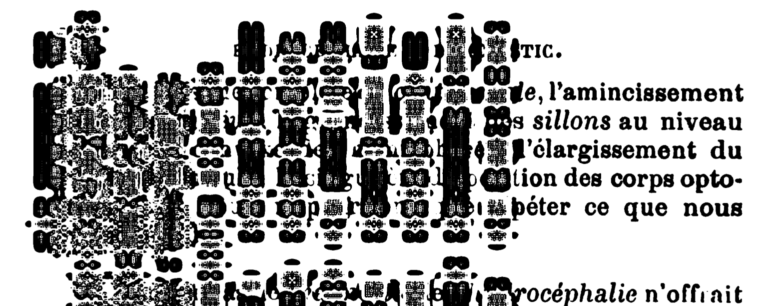
Marcet (*Medico-chirurgical Transactions*, 1813, vol. II) a trouvé pour 1000 : eau, 990, 80 ; matière animale, 1,12 ; muriate de soude, 6,64 ; carbonate de soude, 1,24 ; phosphates de chaux, de magnésie et de fer, 0,20.

Dans un cas relaté par Barthez et Rilliet (*loc. cit.*, p. 165), M. Morin « a constaté que le liquide extrait par la ponction ne contenait que des traces d'albumine, mais il renfermait une quantité notable de matière gélatiniforme ; une autre matière qui rendait la liqueur un peu visqueuse, très peu de phosphate alcalin, et beaucoup de chlorure de potassium et de sodium. Il n'y avait point de chaux. La liqueur était neutre et ne se putréfiait pas facilement. »

Hilger aurait trouvé 0,246 pour 100 d'albumine, des sels en faibles proportions, particulièrement des sels de soude et une matière organique peu différente de la leucine (1).

IV. Il serait tout à fait superflu de revenir sur la distension subie par les *circonvolutions cérébrales*, sur la dis-

(1) *Nouveau Diction. de méd. et de chir. prat.*, **tome XIII, art. Encéphale, p. 157; Paris, 1870.**



…le, l'amincissement
…s *sillons* au niveau
…l'élargissement du
…tion des corps opto-
…péter ce que nous

…*rocéphalie* n'offrait



…M. Giraldès).

…croyons que c'est là
… pas tout à fait de
… auteurs établissent
…*chitisme du crâne*,
…*encéphalocèle* et la
… de confondre l'hy-
…*ne* ; cette confusion
…ant survécu, les su-
… sans doute un jour
…alades, d'examiner
… aussi de côté l'*hy-*

… *sur les maladies chi-*

…phalie chronique avec
…nsi que cela existe chez
… il n'… confusion possible avec

pertrophie du cerveau afin de ne pas étendre démesurément ces commentaires et nous n'insisterons que sur l'*encéphalocèle.*

On sait que l'*encéphalocèle* est une tumeur constituée par un contenant — membranes cutanées et encéphaliques — et par un contenu — portion herniée du cerveau et sérosité. On sait également que la *méningocèle* n'en diffère que par son contenu, composé de la sérosité seule. L'encéphalocèle et la méningocèle, d'ordinaire circonscrites, se distinguent avec facilité de l'hydrocéphalie généralisée; mais l'erreur peut être commise si l'hydrocéphalie prédomine d'un côté du cerveau ou surtout si elle n'intéresse



Fig. 5.

que l'une des cornes ventriculaires. Alors on s'appuiera sur les différences suivantes :

Encéphalocèle.	*Hydrocéphalie.*
Siège le plus fréquent à la région occipitale (53 fois sur 75.)	Le plus souvent générale; exceptionnellement bornée à la région occipitale.
Tumeur circonscrite.	Tumeur diffuse.
Bourrelet osseux, irrégulier; se développe en dehors des fontanelles et des sutures, « par une trouée des os du crâne (Giraldès). »	Pas de bourrelet osseux; se développe au niveau des fontanelles persistantes et des sutures écartées.

Encéphalocèle.	*Hydrocéphalie.*
Réductible par la compression.	Non réductible.
Parfois la peau est recouverte d'un tissu érectile.	Peau saine ou présentant un peu de desquamation.
Tumeur assez souvent bilobée et quelquefois pédiculée.	Tumeur uniforme à base ordinairement large, non bilobée.

A tous ces caractères différentiels, il est bon d'en joindre un autre dont l'importance est considérable : il est tiré de l'aspect de la face. Tandis que la face conserve sa configuration normale dans l'encéphalocèle (*fig.* 4), elle offre, dans l'hydrocéphalie, un aspect tout à fait particulier et connu de tout le monde (*fig.* 5). (1)

---

(1) M. Fr. S. Palmer vient de communiquer à *The Lancet* (1884, I, p. 1072) le cas d'une primipare qu'il a accouchée d'un enfant mâle atteint d'une encéphalocèle. La tumeur avait environ 8 pouces anglais de longueur et la grosseur d'une petite noix de coco. Elle était recouverte en partie par la peau, en partie par une membrane séro-fibreuse. Durant l'accouchement, qui se fit d'ailleurs naturellement, la partie fibreuse se rompit. L'enfant était bien conformé dans le reste de son corps. La mère eut, quelques jours après, une métrite puerpérale, attribuée au contact du liquide et du sang coagulé contenus dans la tumeur et sortis par la rupture pendant l'accouchement. Le fœtus a été envoyé au Collège Royal des chirurgiens et examiné par M. Fr. S. Eve qui a remis la note suivante : « Le kyste est une encéphalocèle formée par la hernie des méninges à travers un trou situé à la place de la protubérance occipitale et répondant à l'intervalle des quatre points d'ossification de l'occipital. Le kyste contient aussi une petite portion de la substance cérébrale allongée. »

— Nous avons vu, en 1862, dans le service de M. Giraldès, outre le cas d'encéphalocèle représenté dans la *fig.* 47, un autre cas moins accusé. Il s'agissait d'un enfant mâle âgé de 9 mois, nommé Mor... Germain. L'encéphalocèle siégeait au niveau de la partie postérieure du pariétal droit et de la partie avoisinante de l'occipital. La tumeur faisait une saillie extérieure qui ne dépassait pas 10 à 14 millimètres ; elle était allongée, piriforme, ayant sa petite extrémité en avant, au-dessus de l'oreille et la grosse extrémité au niveau de l'occipital. On notait un petit étranglement à l'union du tiers antérieur avec le tiers moyen. La tumeur était molle, circonscrite par un bord osseux. La peau qui la recouvrait avait sa couleur normale, mais elle paraissait un peu amincie et les cheveux qui la recouvraient étaient plus fins et moins abondants que sur le reste de la tête. A la pression on sent les battements du cerveau qu'on peut refouler dans l'intérieur de la cavité crânienne. L'enfant, entré le 29 octobre, est sorti le 10 novembre.

Nous ne dirons rien du *pronostic*. Nous nous bornerons à dire que certains hydrocéphales peuvent vivre longtemps. L'un de nos malades, Pet..., a 17 ans. M. Giraldès cite un hydrocéphale du nom de Cardinal, qui est mort à 34 ans. Selon Barrier « quelle que soit la nature de l'hydrocéphalie, c'est une maladie des plus graves et constamment mortelle. Celle qui est congénitale permet à quelques sujets de vivre quelques années ; un petit nombre ont pu dépasser même l'âge moyen (*loc. cit.*, II, p. 476) ». M. Bouchut écrit qu' « il a rencontré dans le cours de sa carrière un diplomate et un sculpteur fort connus, lesquels présentaient à l'âge de 50 ans les marques les plus certaines d'une hydrocéphalie de naissance (*loc. cit.*, p. 26) » (1).

(1) M. Christian a communiqué à la *Société médico-pratique* (juillet 1882) le cas d'un hydrocéphale mort de broncho-pneumonie à l'âge de 44 ans « alors, ajoute-t-il, que l'hydrocéphale ne permet pas à ceux qui en sont atteints de dépasser la première enfance. » Des faits, assez nombreux, contredisent cette opinion. M. Christian lui-même, dans la discussion qui a suivi sa communication, a cité le fait d'une idiote hydrocéphale âgée de 40 ans.

V.

Idiotie consécutive à une atrophie simple des circonvolutions cérébrales. — Dysentérie. — Abcès du foie. — Tuberculose pulmonaire ;

Par E. BOUTIER, interne des hôpitaux.

Notre maître, M. Bourneville, s'efforce, depuis qu'il a pris possession du service des enfants de Bicêtre, d'établir une classification des *idioties*. Les unes, comme il l'a fait voir, sont dues à l'*hydrocéphalie*, d'autres à la *microcéphalie* ; d'autres à la *méningo-encéphalite*, ou à la *sclérose atrophique*, ou encore à la *sclérose tubéreuse* ou *hypertrophique*. Enfin, dans certains cas, l'idiotie reconnaît pour cause un *arrêt de développement* (*porencéphalie*, etc.), ou une atrophie simple des circonvolutions, survenue à une période plus avancée. Le cas que nous allons rapporter appartient à cette dernière catégorie.

OBSERVATION. — *Père absinthique, suicidé par pendaison. — Grand-père et bisaïeul paternels alcooliques. — Mère migraineuse. — Cousin maternel arriéré. — Consanguinité.*

Arrêt de développement congénital. — Premières convulsions à 3 ans. — Troubles du sommeil. — Atrésie du méat urinaire. — Tuberculose pulmonaire. — Diarrhée : amélioration. — Dysentérie : Mort.

Atrophie simple des circonvolutions. — Tubercules miliaires et cavernes pulmonaires. — Ulcération du gros intestin. — Abcès du foie.

Bul.., 14 ans, est entré à Bicêtre le 6 mars 1882 (service de M. BOURNEVILLE).

Renseignements fournis par sa mère (22 mars 1882). — *Père*, tapissier, buveur d'*absinthe*, suicidé par pendaison

en 1841; il était âgé de 42 ans. [Grand-père paternel alcoolique, mort phtisique; bisaïeul maternel alcoolique, suicidé par pendaison. Pas d'aliénés, d'épileptiques, de difformes, etc.]

Mère, 35 ans, couturière, intelligente, nerveuse, mais sans attaques, sujette à des migraines. [*Père* alcoolique, mort phtisique. — *Mère* en bonne santé. — Une *sœur* morte phtisique, laissant un enfant arriéré.]

Consanguinité (cousins germains). Cinq enfants : 1° une fille, âgée de 15 ans, d'une taille exiguë pour son âge, intelligente; 2° notre malade; 3° un garçon, bien conformé, mort de *convulsions* à 18 mois; 4° un garçon, 7 ans, bien portant, intelligent, sans convulsions; 5° une fille bien conformée, morte à 15 jours d'une bronchite.

Notre malade. — Lors de la *conception*, le père ne faisait pas encore d'excès de boisson. *Grossesse* bonne. *Accouchement* à terme, naturel; pas d'asphyxie à la naissance. Elevé au sein par sa mère jusqu'à 14 mois; à 3 mois, eczéma qui a reparu à diverses reprises. B.... a commencé à parler à 7 mois, mais la parole ne se développa que lentement et ne devint jamais parfaite; il a marché à 3 ans, mais n'a jamais été propre. A 3 ans, *premières convulsions*, attribuées à une peur; elles ont duré 10 minutes. De 3 à 5 ans, les convulsions se sont montrées deux fois par mois; elles étaient égales des deux côtés et duraient 10 à 15 minutes; elles ont cessé à 5 ans.

Depuis cet âge, l'enfant se trouve mal pour des motifs insignifiants : la vue du sang, par exemple; la figure devient alors pâle pendant 1, 2 ou 3 minutes; mais on ne croit pas qu'il ait eu d'étourdissements. Il n'a pu apprendre à lire, il connaissait seulement quelques lettres : il répétait le nom de celles qu'on lui désignait en les nommant, mais il ne les disait pas spontanément. Pas d'initiative; il n'aide ni à l'habillement ni à la toilette. Pas de kleptomanie ni de pyromanie; ni salacité ni rumination. L'enfant était vorace, sujet à la diarrhée; il avait un sommeil très agité, pendant lequel il jetait des cris, s'éveillait en sursaut, se recouchait et se rendormait; il était peureux. Il s'est toujours montré affectueux pour sa mère. Pas d'onanisme ni de vers. Rougeole et coqueluche à 3 ans; pas d'autres fièvres. B.... est sujet à s'enrhumer. Première dent à 7 mois; les autres ont apparu de bonne heure. Ni bave, ni succion, ni balancement; le malade éprouve un incessant besoin de changer de place. Ajoutons qu'il *est*

né à Paris, et qu'il n'a jamais quitté cette ville ; on verra tout à l'heure pourquoi nous signalons ce détail.

Etat actuel (*mars* 1882). L'examen direct permet de vérifier les renseignements donnés par la mère de l'enfant. De plus, on note la symétrie de la face, du cou, du tronc et des membres. L'auscultation et la percussion décèlent tous les signes de la *tuberculose pulmonaire*. Les organes génitaux sont normaux; toutefois le méat urinaire paraît étroit. Les dents de la mâchoire supérieure sont régulières et en bon état, sauf les premières grosses molaires, qui sont cariées; il en est de même à la mâchoire inférieure. Voûte palatine normale. Appétit médiocre; pas de vomissements; le foie et la rate ont leurs dimensions naturelles; le ventre assez gros; selles quotidiennes, souvent diarrhéiques. Gâtisme complet; érythème et papules occupant les fesses, la région lombaire, la partie supérieure des cuisses. Adénites cervicales et inguinales; extrémités cyanosées. — Poids, 21 kil. 40; taille, 1 mètre 25.

9 *mars*. Revacciné sans succès avec du vaccin humain à gauche et du vaccin de génisse à droite.

10-31 *mars*. La température rectale oscille entre 38° et 39°,8.

1er-22 *avril*. La température varie entre 38° et 37°,6.

Mai. Amélioration assez notable; l'enfant quitte l'infirmerie et va à la petite école. Diarrhée assez fréquente, glaireuse, renfermant souvent du sang.

Juin. Poids, 24 kil. 500; taille, 1 mètre 25.

24 *août*. La diarrhée est devenue plus abondante, et persiste malgré des doses élevées de bismuth.

4-21 *septembre*. La température n'atteint que rarement 38°,8; elle se maintient presque toujours entre 38°,2 et 37°,6.

5 *novembre*. — Les selles sont toujours très fréquentes, mais peu abondantes; elles contiennent du sang; on en compte une dizaine par jour; elles ne semblent s'accompagner ni de douleur, ni de ténesme. Pas de vomissements.

25 *nov.*-16 *décembre*. La température oscille entre 37°,8 et 37°,6.

1883. 1er-10 *janvier*. Congestion pulmonaire double surtout marquée à droite; la température varie entre 37°,6 et 38°,4. La diarrhée persiste toujours, séreuse et ne contenant plus de sang. L'amaigrissement est extrême; salacité; pas d'ictère; pas d'escharres. Mort le 10 janvier. T. R. post mortem : 38°,4. Poids : 19 k. 900.

Autopsie, le 11 janvier.—*Tête* : cuir chevelu, rien de particulier, vertex très développé, très élevé ; os assez minces. Base du crâne, symétrique, régulière. *Encéphale* : 1100 gr.; liquide céphalo-rachidien en quantité normale; légère vascularisation de la pie-mère à la face convexe, rien à la base ; pas de traces de méningite ancienne. L'*artère communicante postérieure droite* est beaucoup plus petite que la gauche. Les *tubercules mamillaires*, le *chiasma*, les *pédoncules*, etc., sont normaux. — *Cervelet et isthme* 120 gr.; hémisphères cérébraux et cérébelleux égaux.

Hémisphère droit : Longueur 15 cent. ; hauteur, 9,5. Les circonvolutions du *lobe frontal* présentent, à une distance de leur point d'insertion sur la frontale ascendante, qui varie pour chacune d'elles (un centimètre pour la 3e, 1 cent. 5, pour la 2e, 2 cent. pour la 1re), un sillon transversal qui les divise en deux parties: l'une antérieure, allant jusqu'à l'extrémité du lobe frontal, où les circonvolutions sont petites, arrêtées dans leur développement, sans lésion apparente, mais assez plissées avec des sillons assez profonds ; l'autre postérieure, comprise entre ce sillon transversal et le sillon qui précède la frontale ascendante, où les circonvolutions sont bien développées. *Frontale et pariétale ascendantes* bien conformées. *Sillon de Rolando* normal. Le *lobule de l'insula* présente six digitations. Le *lobule pariétal supérieur* est assez développé ; mais le *lobule pariétal inférieur* l'est moins, ainsi que le *lobule du pli courbe* : tous deux présentent le même arrêt de développement que les circonvolutions frontales. Le *lobe occipital* est petit, plissé ; les *circonvolutions temporales* sont également peu développées.

Face interne : la première circonvolution frontale est très sinueuse ; le *lobule paracentral* irrégulier, mais assez gros ; le *lobe carré* est assez volumineux ; ses sillons sont relativement superficiels. Le *coin* est peu volumineux, ainsi que le *lobe occipital*. La *circonvolution du corps calleux*, le *corps calleux*, le *ventricule latéral*, la *corne d'Ammon* sont normaux. La *couche optique* et le *corps strié* sont assez développés. La *face orbitaire* du lobe frontal présente des circonvolutions petites, mais assez sinueuses.

Hémisphère gauche : longueur, 16 centim. ; hauteur, 9 centim. 5. Les *circonvolutions frontales* n'offrent pas le même degré de petitesse que celles du côté opposé, ni la division que nous avons indiquée ; elles sont bien plissées et séparées par des sillons assez profonds ; leurs attaches

sont distinctes. Circonvolutions *frontale* et *pariétale ascendantes* normales, sinueuses. *Sillon de Rolando*, rien de particulier. Le *lobule de l'insula* a six digitations. Les *lobules pariétaux*, celui du *pli courbe* paraissent réguliers, sans arrêt de développement. *Lobe occipital*, normal.

Face interne : circonvolution frontale très sinueuse, lobule paracentral beaucoup plus plissé que de l'autre côté ; *lobe carré*, plissé, sinueux, ainsi que le *coin*. *Circonvolutions du corps calleux*, *corps calleux*, rien de particulier ; *ventricule latéral* normal ; masses centrales bien développées.

Cavité thoracique. — *Poumon gauche* : *granulations miliaires* et quelques petites *cavernes* au sommet. *Poumon droit* congestionné, partout perméable, sauf à la base, au voisinage du foie, où la plèvre est épaissie. Pas de liquide dans les plèvres ; ganglions péritrachéaux et bronchiques, caséeux. *Cœur normal*; 130 gr. ; rien dans le péricarde.

Cavité abdominale.—Périhépatite très marquée, surtout vers le bord postérieur et la face supérieure du foie, où on trouve une *vaste poche purulente*, se prolongeant vers le lobe gauche, et contenant environ un litre d'un pus grumeleux, *sans crochets*; cette poche vidée, le foie pèse 1180 gr. ; pas de calculs. *Rate* : 80 gr. ; quelques granulations tuberculeuses. *Rein gauche* sain (100 gr.); droit congestionné (115 gr.)

L'*intestin grêle* est congestionné dans toute son étendue; pas d'ulcérations. Dans le *cæcum* et le *côlon ascendant*, fausses membranes d'un blanc grisâtre, de dimensions variables, transversalement placées, très adhérentes au tissu sous-jacent, séparées les unes des autres par des intervalles dans lesquels la muqueuse est fortement congestionnée et offre un petit piqueté de même coloration que les fausses membranes. Dans ces intervalles, et, seulement au voisinage de l'appendice iléo-cœcal, on voit *trois ou quatre ulcérations*, linéaires, transversales ; à bords nettement découpés. Rien dans le côlon transverse, le rectum, ni la fosse iliaque.

RÉFLEXIONS. — Quelques points intéressants sont à relever dans cette observation.

I. La *dysentérie* chronique, survenant d'emblée chez un individu qui n'a jamais quitté les pays tempérés, est rare ; elle a, en outre, revêtu chez B... des caractères spéciaux ;

si le malade présentait depuis longtemps, une tendance à la diarrhée et si les selles, à la fois peu abondantes et fréquentes, contenaient souvent du sang, elles ne se sont jamais accompagnées de ténesme rectal ou vésical; les symptômes douloureux ont été nuls comme il arrive presque toujours chez les sujets idiots ou déments. C'est par cette absence de réaction à la douleur qu'on peut expliquer l'évolution insidieuse de l'*abcès du foie* qui ne s'est révélé par aucun signe local ni par l'ictère qui, d'ailleurs, est rare. Développé sous le diaphragme et vers le bord postérieur du foie, il n'a jamais fait saillie vers la paroi abdominale. Enfin, la température, qui s'est toujours maintenue à un degré modéré, n'a jamais eu le type de la fièvre de suppuration. Il est, en outre, intéressant de signaler qu'une collection purulente aussi vaste n'a développé aucun accident de voisinage, à part un léger degré de péritonite. La plèvre n'a pas été intéressée, et il ne semble pas qu'on puisse établir, entre la congestion pulmonaire double survenue avant la mort et l'abcès du foie, la moindre relation (1).

II. Cet enfant paraissait en retard des enfants de son âge jusqu'à trois ans, époque où se sont montrées les premières *convulsions*. Elles ont d'ailleurs été de courte durée et nous manquons de détails précis sur leurs caractères. Elles se sont ensuite reproduites à peu près tous les quinze jours, de 3 à 5 ans, et ont eu pour conséquence l'*idiotie complète*.

L'autopsie permet de rattacher l'arrêt du développement intellectuel à une *atrophie simple*, sans induration, des circonvolutions, intéressant les deux tiers antérieurs du lobe frontal droit, le lobe pariétal inférieur, le pli courbe, et, à un moindre degré, les circonvolutions temporales du même côté.

---

(1) Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service deux autres cas d'*abcès du foie* et un cas de *péritonite enkystée* de la région épigastrique ; nous les publierons dans un prochain *Compte rendu* et nous les rapprocherons de cette observation. (Bourneville).

L'intégrité des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes explique l'absence de toute paralysie des membres : c'est là une particularité bonne à noter, au point de vue des *localisations*.

TABLE DES MATIÈRES

—

Première partie.

HISTOIRE DU SERVICE PENDANT L'ANNÉE 1883.

Deuxième partie.

CLINIQUE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

EXPLICATION DES PLANCHES

Planche I.

Méningo-encéphalite : face convexe de l'hémisphère droit.

Fa, frontale ascendante.
Pa, pariétale ascendante.
P, pli pariétal supérieur.
T, partie postérieure des circonvolutions temporales.
T_1, première temporale.

La Planche montre, entre P et T, un vaste foyer intéressant le pli pariétal inférieur, le pli courbe, etc.







PLANCHE II.

Méningo-encéphalite : Face interne de l'hémisphère droit.

Cc, circonvolution du corps calleux.
F_1, face interne de la première circonvolution frontale.
Lc, lobe carré.



Planche II.

Méningo-encéphalite : Face interne de l'hémisphère droit.

Cc, circonvolution du corps calleux.
F_1, face interne de la première circonvolution frontale.
Lc, lobe carré.

T. VI, Pl. II.



Planche II.

Méningo-encéphalite : Face interne de l'hémisphère droit.

Cc, circonvolution du corps calleux.
F_1, face interne de la première circonvolution frontale.
Lc, lobe carré.

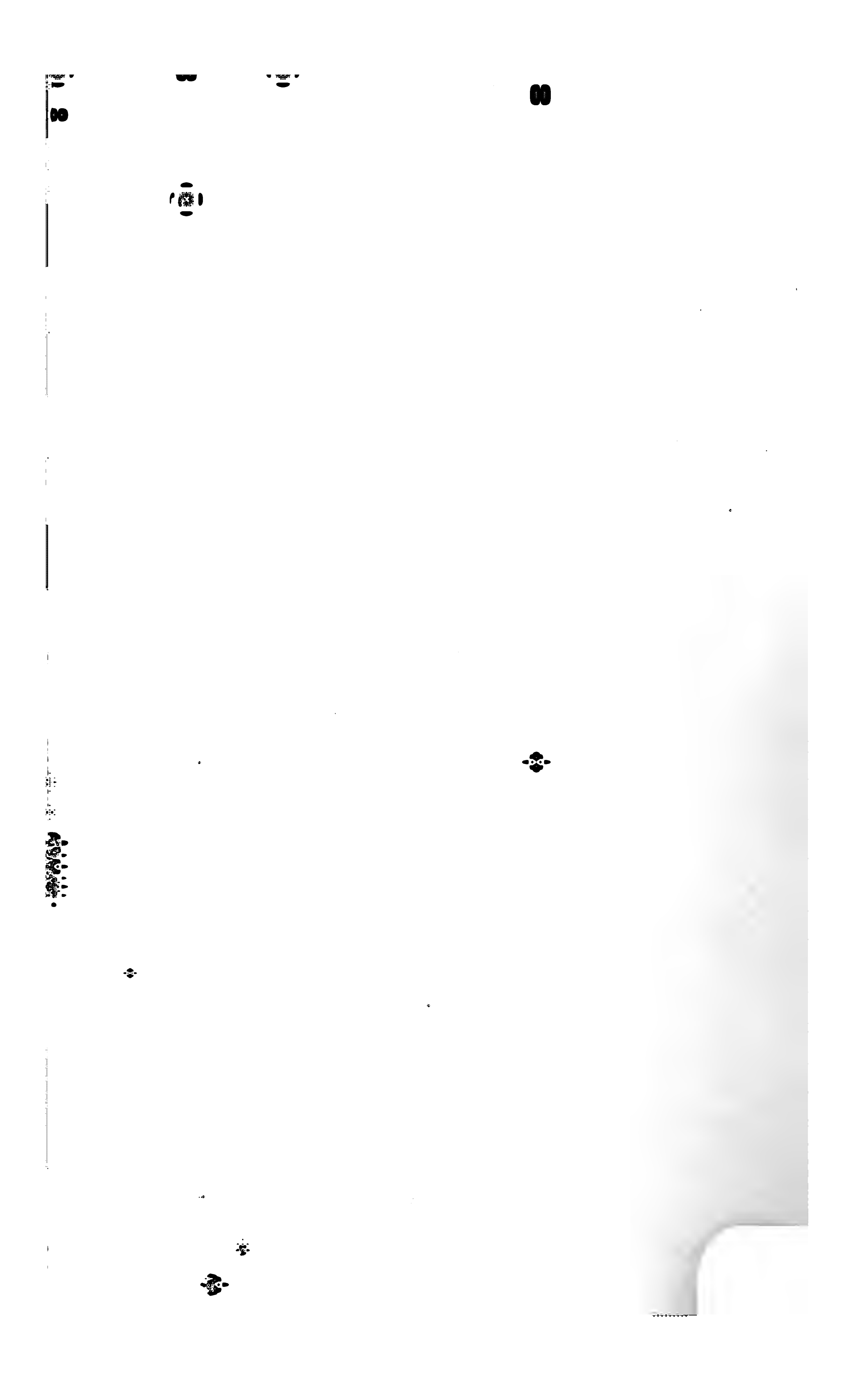
T. VI, Pl. II.

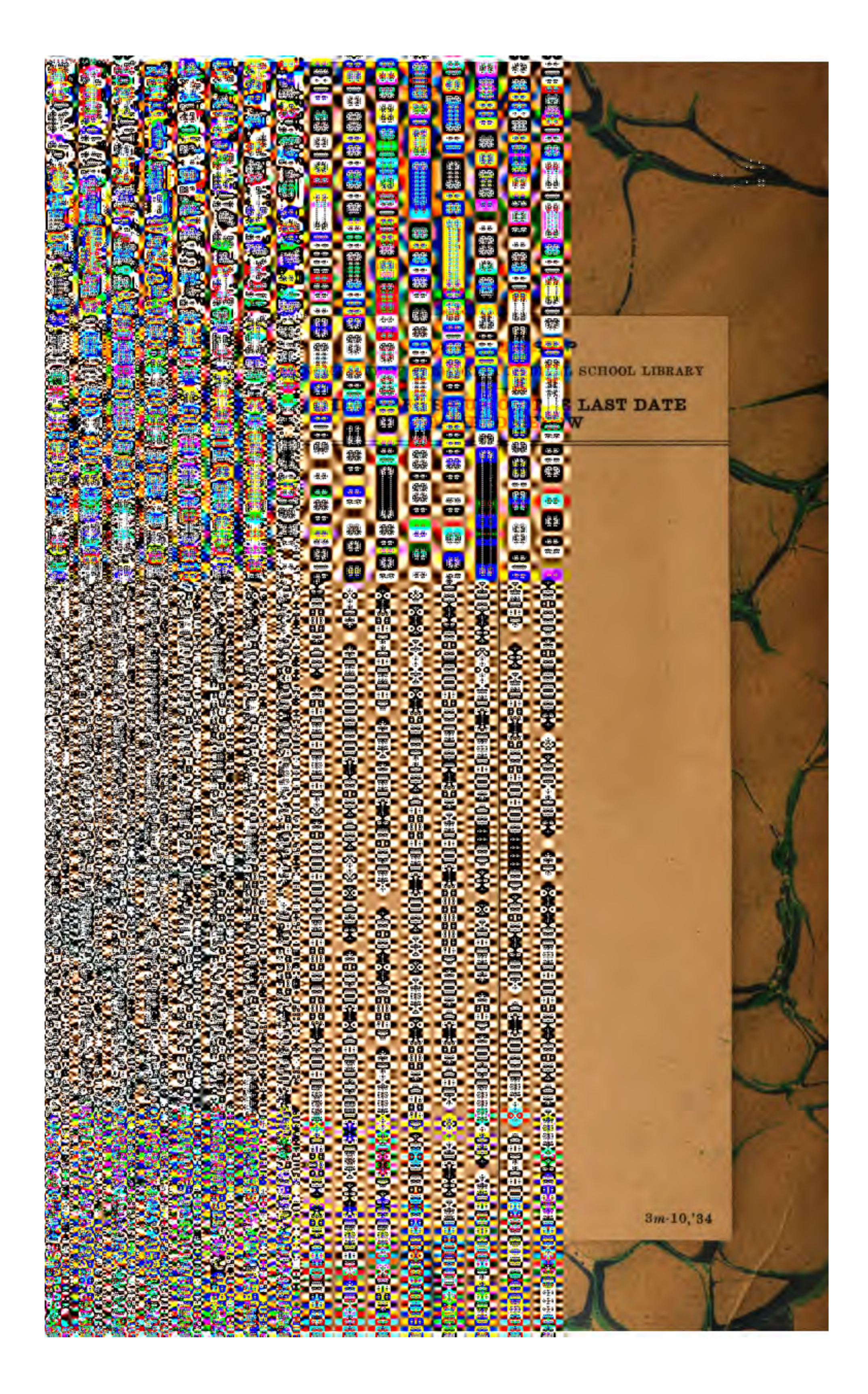


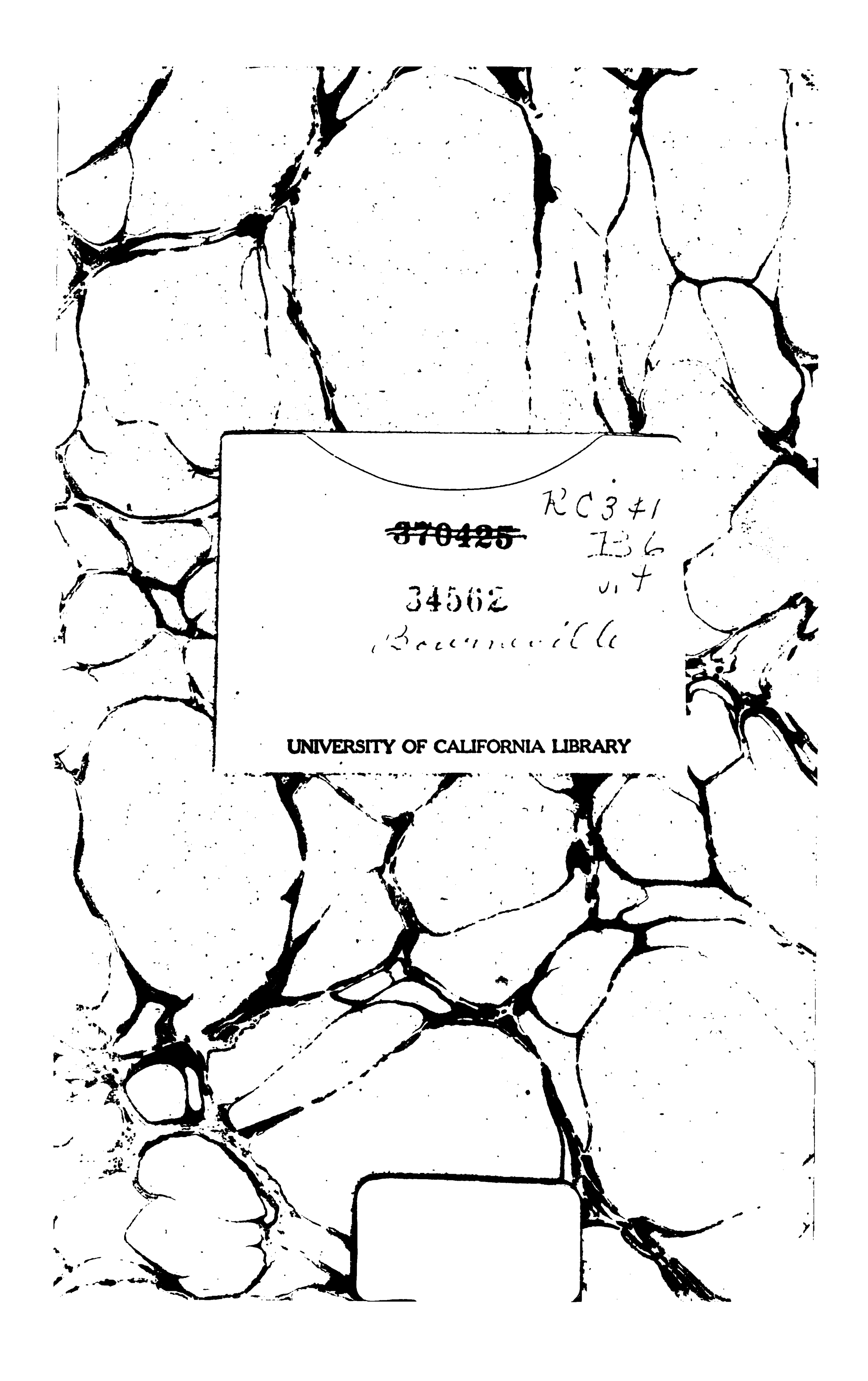
Planche II.

Méningo-encéphalite : Face interne de l'hémisphère droit.

Cc, circonvolution du corps calleux.
F_1, face interne de la première circonvolution frontale.
Lc, lobe carré.




SCHOOL LIBRARY
LAST DATE
3m-10,'34



RC341
B6
v.4
~~370425~~
34562
Bourneville
UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY

